

تأليف

الدكتور نجيب محفوظ بك

﴿ مقدمة الطبعة الأولى ﴾

فن الولادة ، كسائر الفنون الطبية ، طرأ عليه فى السنين الأخيرة تحسينات مهمة واكتشافات جليلة بلغت به شأواً بعيداً . فقد أصبح ممكناً بفضل هـذه الاكتشافات ملافاة ومعالجة كثير من أمراض الولادة ومضاعفاتها التى كانت تعتبر الى عهد قريب مما لا حيلة للعلم به .

وقد دعانى ذلك الى وضع كتاب فى فن الولادة يشرح اقصى ما وصل اليه هذا الفن من الرقى . ومراعاة لفائدة الحكيمات قد وضعت فى اول الكتاب فصولاً مطوّلة فى تشريح الحوض والاعضاء التناسلية للمرأة لما بين هذين الفَنَّين من العلاقة التامة .

ولى وطيد الأمل أن يحوز كتابى هذا رضاء حضرات زملائى الأفاضل وأن يقوم بالفائدة التى أرجوها منه .

٢٥ يونيو سنة ١٩٠٨

نجيب محفوظ

﴿ مقدمة الطبعة الثانية ﴾

صدرت الطبعة الأولى من هذا الكتاب فى أواخر سنة ١٩٠٨ ، ونفذت نسخها بعد ذلك فى برهة أربع سنوات . فكان رواج الكتاب أعظم مشجع لى على العمل لما فيه من الدلالة على أنه سد فراغاً . وقد حاولت اصدار هذه الطبعة فى سنة ١٩١٤ . ولكن حالت دون ذلك صعوبات مطبعية نشأت عن الحرب الكبرى ، ولم تزل الآن من زمن يسير ، جعلت اصدار الكتاب بالتحسينات التى رغبت فى ادخالها عليه متعذراً .

وقد نقحت كل فصل من فصول الكتاب تنقيحاً دقيقاً وأضفت اليه فصولاً جديدة حتى بلغ حجمه ضعفى حجمه السابق . وكذلك قد تضاعف عدد صوره . وقد أضفت رسوماً لآلات الولادة أعارتنيها شركة « داون » فحق علىّ شكرها .

فأرجو أن يكون نفع الكتاب متناسباً مع ما بذلته من العناية وصرفته من الوقت فى تحضيره .

٢٥ ابريل سنة ١٩٢٢

نجيب محفوظ

﴿ كلمة الى المشتغلين بالولادة ﴾

ليس فى فرع من فروع الطب ما تظهر فيه نتيجة العناية واضحة كما تظهر فى صناعة التوليد . فالمولد المدقق فى اتباع طرق التعقيم، السائر حسب أصول مهنته، يكافأ دائماً بنجاح أعماله نجاحاً يجعل الناس يقرّون بسعة علمه وأهليته ويشعرون بفضله . ولكنها من الجهة الأخرى صناعة شاقة ليس فى فروع الطب ما هو أكثر منها مسؤولية ولا أشد اقلاقاً للبال . ولما كانت الولادة تفاجئ المرأة فى أوقات لا يمكن تعيينها ، وتتبع فى سيرها طرقاً شاذة، كانت توجب على من يحترفها أن يوطّن النفس على تضحية راحته فى سبيل اغاثة مرضاه ، معتبراً أوقات راحته ملكاً لهم .

وهى فوق ذلك صناعة كثيرة المعضلات تتطلب ممن يحترفها صبراً وتُؤدة ومهارة، واسراعاً فى العمل ، وحضور ذهن حتى يستطيع أن يقابل كل حال بما يناسبها . وقد تتضارب مصلحة الوالدة مع مصلحة الجنين تضارباً يتطلب من سعة الحيلة وحسن الرأى وأصوبية الحكم قدراً كبيراً .

أما مشكلاتها فليس لحلّها طريق سلطانى ، بل هناك طرق متضاربة تتغير حسب الظروف المحيطة بها . والمولّد الفطن هو الذى لا يتحيّز لطريقة دون اخرى بل يزن الأمور بميزان العقل ويختار من الطرق ما يراه أفضل لصالح الوالدة والجنين معاً . ويجب عليه أن يقوم بعمل ما يقع عليه اختياره قبل فوات الفرصة المناسبة، فكثيراً ما كان التردد سبباً فى الفشل وهلاك الأرواح .

ولما كان للخبرة الشخصية مكان كبير فى اختيار أفضل الطرق ، وهو أمر ينقص الطبيب المبتدئ فى عمله، فقد حاولت أن ادوّن فى هذا الكتاب ما تيقّنت أفضليته بالاختبار مؤملاً أن يكون له مرشداً الى أن يحوز من الخبرة ما يؤهله لاتّباع آرائه الشخصية .

ولا تقتصر واجبات الطبيب المولّد على الأمور المادية بل هناك واجبات أدبية في علاقته مع مرضاه اسمى وأهمّ من واجباته العلمية . وقد أعار المولدون قديمًا هذه الواجبات اهتمامًا عظيمًا . ولم تَخْلُ كتبهم من الارشادات القويمة . فمن ذلك ما كتبته قابلة وهي على سرير الموت توصي بها ابنتها التي خلفتها في صناعتها قالت : —

« كوني مجتهدة . لا تنقطعي عن البحث في كل ماترين فيه فائدة لفنّك . واظبي على الدرس الى آخر يوم من حياتك . اياك والكِبْر — لا تبخلي بعلمك على أحد ولا تكتمي عن غيرك من القابلات ما يصل اليه علمك ، والاَّ فقدت احترامهن . وفوق كل شيء حاذري ولو قُدّمت اليك كنوز العالم بأسرها أن تحرّضي الاجهاض بلا مسوغ طبّي والاَّ كنت منحطة الأخلاق . ساوِي في عملك الفقيرات والموسرات بنفس العناية والحنان . واذا طرأت مضاعفات في أثناء العمل فاياك والهلع . فان الخوف يربك العقل ، فلا تدهشي ولا يذهب قلبك شعاعًا . واعلمي أن المرء اذا استجمع فكره وحصره فيما هو فاعل ولم يسمح للخوف أن يشتت لبّه فانه يستطيع أن يقوم بما يعسر عليه من الأعمال . أعطي لنفسك متسعًا من الوقت للقيام بأعمالك ، واعلمي أن الطبيعة تساعد في الشفاء مساعدة باهرة في الوقت الذي نجد فيه أنفسنا مغلولات اليدين . وآخر نصيحة أقدمها لك . هي أن تتقني عملك ، ولا تراقبي فيه الاَّ الله فهو يباركك ويكلل أعمالك بالنجاح . »

وكتب ديونس في مقدمة كتابه « يجب على المولّد أن يكون مثال الأمانة ، وأن يراقب الله في كل أعماله ، وأن يكون دمث الأخلاق محبًا للغير شديد الرأفة ، وأن يقنع بما يقدم له في مقابلة الأتعاب اذا كان معتدلاً . أما القابلات ففضلاً عما ذُكِر يجب عليهنَّ أن ينقطعنَ عن الرذائل الخاصة بجنسهنَّ وبصناعتهنَّ » .

﴿ فهرست الفصول ﴾

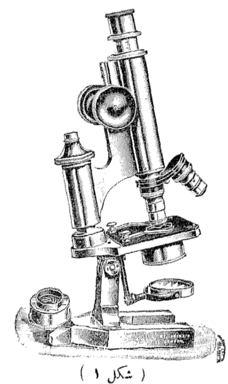
الفصل الأول

﴿ المكروبات أو الجراثيم ﴾

ان الدور المهم الذى تلعبه المكروبات فى احداث الحمى النفاسية يضطرنى الى تخصيص فصل للكلام عنها فأقول :

المكروبات هى أدنى أنواع الأحياء ، ومن النوع الفطرى فى المملكة النباتية . وهى كائنات صغيرة جداً لا ترى الاّ بالمجهر (المكروسكوب) حتى انه لو وضع ألف منها جنباً الى جنب فى خط واحد لما زاد طول هذا الخط عن ملليمتر واحد . وطريقة تولد المكروبات تكون عادة بتجزئتها .

فالواحدة تنقسم الى جزئين ومتى نما هذان ونضجا انقسما الى أربعة أجزاء وهكذا . ويتم هذا الانقسام بسرعة حتى ان الواحدة منها تبلغ تمام نموها وتنقسم فى أقل من نصف ساعة . وعلى ذلك فان المكروبة الواحدة قد تولد ملايين كثيرة فى أقل من أربع وعشرين ساعة .

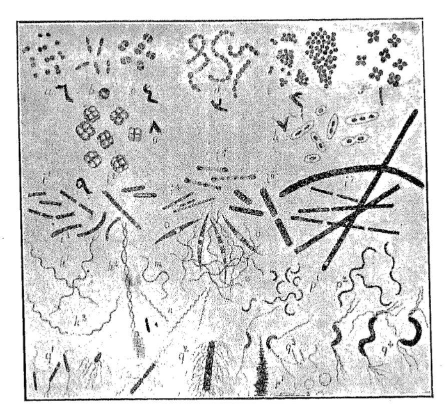


(شكل ١)

المجهر (المكروسكوب)

والمكروبات كالنباتات الأخرى تنقسم الى أنواع كثيرة تختلف فى شكلها وطبائعها . فالطبقة الصغرى من هذه المكروبات اكثرها وجوداً وأهمية . وتنقسم بحسب شكلها الى ثلاثة أقسام : (١) المكروبات الحلقية وهى كروية الشكل وتسمى الكوكس (Coccus) ، و(٢) الباشيلس (Bacillus) وهى مكروبات خطية تختلف كثيراً فى السمك والطول ، و(٣) المكروبات

الحلزونية (Spirilla) . أما الطبقة العليا من هذه المكروبات فنادرة



(شكل ٢) الأنواع المختلفة للمكروبات

١ – أشكال من المكروبات التى تنمو اربعة اربعة ٢ – ستافيلوكوك او المكروب العنقودى ٣ – ستربتوكوك - المكروب السبحى ٤ – جونوكوك - ميكروب السيلان المزدوج ٥ – نيوموكوك - مكروب الالتهاب الرئوى ٦ – اشكال من المكروبات الحلقية (Coccus) ٧ – مكروبات حلقية داخل غلاف ٨ – سارسينا ٩ – باشلس - مكروبات خطية ١٠ – مكروب الزهرى سپايروكيتا پاليدا

الوجود وهى تنمو ملتصقة الأطراف مكونة لخيوط طويلة . وبعض أنواع الباشلس والمكروبات الحلزونية تخرج منها زوائد شعرية تمكنها من التحرك فى السوائل التى تعيش فيها . ومتى نفذ طعامها أو متى جفت السوائل التى تكون المكروبات عائشة فيها استحال بعضها الى بذور (Spores) ذات مقدرة كبرى على مقاومة أشد العوارض . وتبقى على هذه الحالة الى أن تتوفر لها وسائل النمو فتعود الى حالتها الأصلية .

فيتضح إذن مما تقدم ان كل واحدة من المكروبات ليست الآ خلية

نباتية صغيرة الحجم ولكنها متى اجتمعت بالآلاف والملايين ظهرت كتلها للأعين المجردة . فليست نقطة الصديد الا ملايين كثيرة منها عائمة فى سائل . وما الرغوة أو الزبد الذى يطفو على وجه المرق الفاسد أو البول الآسن الا كتلاً من المكروبات . والمكروبات توجد فى كثير من الأشياء كالتراب والطين والماء وفى المواد النباتية والحيوانية الآخذة فى الانحلال والتعفن . وجلد الانسان وفمه وأمعاؤه تحتوى على عـدد لا يحصى من المكروبات وكذلك هواء الحجرات والمدن مملوء بها ولا يكاد يخلو منها مكان تقريباً . والهباء الذى يرى سابحاً فى الهواء يحتوى على عدد لا يحصى من المكروبات .

وليست كل هذه المكروبات ضارّة بل منها ما هو نافع ومنها ما وجوده ضرورى للحياة . وأعظم وظيفة لها فى الحياة هى أنها تسبب انحلال المواد الميتة حيوانية أو نباتية الى أجزاء بسيطة تمكن النباتات والحيوانات من الانتفاع بها للتغذية . والمثل على ذلك الأسبخة الحيوانية فانها اذا كانت جديدة لا تفيد النبات فى شىء ولكنها متى تعفنت بتأثير المكروبات وانحلت الى أصولها البسيطة يسهل على جذور النبات امتصاصها والانتفاع بها . ومن هـذا يتضح ان وجود المكروبات ضرورىّ جداً لحفظ حياة النباتات والحيوانات .

ولمعرفة طبائع المكروبات يضطر البكتريولوجيون الى استنباتها فى أنابيب مخصوصة توضع فى أفران مخصوصة تحفظها فى حرارة معتدلة مثل حرارة الجسم الطبيعية . وتملأ هذه الأنابيب بمواد مختلفة لتتغذى بها المكروبات . وأهمها المرق والجلاتين والدم . ويمكن أن تتغذى أيضاً بالبطاطس وعجينة الخبز وغيرها . وهذه المكروبات تفرز فى أثناء نموها مواد سامّة قد تميتها بحيث لو سدت الأنبوبة المحتوية على المكروبات يقف نموها وتموت كما

يحدث الانسان لو حبس فى مكان صغير لا ينفذ اليه الهواء . وهذه السموم (Toxins) هى التى تسمم الجسم فى الأمراض المكروبية ، وفى الأحوال التى يتغذى فيها المرء على مأكولات تطرق اليها التعفن

التعفن والتخمر — وكذلك التعفن والتخمر من نتائج فعل المكروبات . ومتى درسنا كيفية حصول هاتين الظاهرتين أمكننا أن ندرك بقية الظواهر المكروبية . فأول شيء نلاحظه هو أن التعفن والتخمر لا يتمان الاّ بوجود الرطوبة . فالدقيق مثلاً اذا كان جافاً أمكن حفظه الى ما لا نهاية له من الزمن ، ولكن اذا تبلل اختمر سريعاً . وكذلك اللحوم اذا قدّدت أى جُففت فلا تفسد ، كما يحصل فى سمك البكالا . ولكنها اذا لم تقدد تتعفن سريعاً . والحرارة المعتدلة لازمة أيضاً لحصول التعفن والتخمر فان كثيراً من المواد يمكن حفظها فى الثلج زمناً طويلاً بدون أن يتطرق اليها الفساد كاللحوم التى تجلب من استراليا .

ودرجة الحرارة الموافقة لنمو المكروبات هى حرارة الجسم الطبيعية . بدليل ان المأكولات مثلاً يصعب حفظها من التعفن فى الصيف عند ما تبلغ الحرارة ٣٥° سنتجراد الى ٤٠° . ولكنها فى الشتاء عند ما تنخفض الحرارة عن ١٥° سنتجراد مثلاً لا تتخمر بالسهولة التى تتخمر بها صيفاً . والنور الساطع يضعف نمو المكروبات . وكذلك الهواء الطلق لأنه يساعد على جفاف السوائل التى تكون عائشة فيها . وكذلك أشعة الشمس الحارة توقف نمو المكروبات واذا اشتدت وطال تأثيرها فقد تميتها . ومن هذا يتضح ان الأماكن الرطبة الدافئة التى لا تصل اليها أشعة الشمس ولا يتخللها الهواء هى أفضل البيئات لنمو المكروبات .

ومن الأمثال التى نشاهدها يومياً عن فعل المكروبات تخثر اللبن الحامض المعروف باللبن الزبادى . فان الخميرة التى توضع فيه تحتوى على عدد كبير من باشلس حمض اللبنيك وهو الذى يحل اللاكتوز (السكر اللبنى) الموجود فى اللبن الى حمض لبنيك ويسبب حموضته . والحموضة بالتالى تسبب تخثره (تجمده) . وكذلك نلاحظ انه اذا راب اللبن الحليب فى إناء فكل لبن يوضع فيه يروب أيضاً الاّ اذا نظف الاناء جيداً من آثار اللبن الرائب وغلى فى الماء مدة كافية لإماتة المكروبات التى تسبب روبانه . ونلاحظ أيضاً ان المأكولات المحفوظة فى العلب المحكمة السد كالسردين واللسان واللبن المركز وخلاصة اللحم والفواكه تبقى على حالتها زماناً طويلاً جداً ان عُقمت جيداً أثناء تحضيرها ووضعت فى آنية معقمة ، بخلاف المواد المحفوظة التى لم تعقم تماماً فانه يتطرق اليها الفساد . واذا تلفت اللحوم افرزت المكروبات التى تتلفها سموماً تسمى بتومائين . ومتى أكلت اللحوم التالفة أحدثت اعراض تسمم شديدة شبيهة بأعراض الحمى النفاسية التى تتسبب عن تعفن قطع من المشيمة . فان البتومايين الذى تفرزه المكروبات يمتص فى الدم ويسبب أعراضاً شديدة كثيرًا ما تنتهى بالوفاة .

التعقيم — ان تعقيم المواد بغليها هو الطريقة التى تستعمل فى الطب لتعقيم الآلات ونحوها . ولكن ليست الحرارة هى الوسيلة الوحيدة لذلك بل ان المواد المضادة للعفونة مثل حمض الفنيك والليزول والسليمانى تفعل ذلك الفعل أيضاً . ويوجد من مضادات العفونة ما هو ضعيف التأثير مثل حمض البوريك والخل فهذه المطهّرات تضاف أحياناً الى بعض المأكولات لحفظها من الفساد . فالخل يستعمل لحفظ المخللات وحمض البوريك يضاف على اللبن أحياناً ولكن استعماله يضر باللبن ويجعله عسر الهضم .

أنواع المكروبات — تنقسم المكروبات الى قسمين رئيسيين : قسم لا يمكنه أن يعيش الا على المواد الميتة ويسمى (سابروفيت) أو مكروب التعفن وقسم يقدر أن يعيش على المواد الحية والميتة جميعاً، ويسمى المكروب المرضى أى المولد للأمراض، ومنه مكروبات التقيح . أما مكروبات التعفن فوإن كانت فى حالتها الطبيعية لا تستطع أن تدخل الدم وتعيش على الأنسجة الحية مثل مكروبات التقيح، ولكنها تفرز سموماً قوية التأثير تمتص فى الدم وتسبب أمراضاً شديدة مثل حمى النفاس المسماة حمى الامتصاص العفن . ومن السابروفيت نوع حلقى الشكل يسبب تحلل البول وتعفنه بحيث تصير رائحته كريهة جداً . واذا انتقلت ذرة صغيرة منه على قثطرة الى مثانة سليمة تعفن بولها وأحدث التهاباً مثانياً حاداً . ويوجد أيضاً فى الامعاء الغلاظ باشيلس من السابروفيت يسمى الباشلس القاولونى لا يسبب وجوده أي ضرر فى الحالة الطبيعية ولكنه لو تلوثت به المثانة أو الرحم بعد الولادة تحول الى النوع الثانى المولد للأمراض وسبب أمراضاً كثيرة ، واذا وصل الى البريتون سبب التهاباً بريتونياً عفناً .

أما المكروبات المولّدة للأمراض فمنها مكروب التدرن وهو الذى يسبب السُل الرئوى والتدرن المعوى وتدرن العظام والعقد الدرنية فى العنق والابط وغير ذلك . ومنها أيضاً مكروب الحمى التيفودية والسيلان والالتهاب الرئوى والطاعون والكوليرا ومكروبات التقيح على أنواعها . وسأشرح الآن بالاختصار أهم المكروبات التى تسبب الحمى النفاسية :

أهم هذه المكروبات المكروب السبحى (الاستربتوكوك) والمكروب العنقودى (ستافيلوكوك) ومكروب السيلان (جونوكوك) . وقد يحدث أيضاً أن تتسبب هذه الحمى من مكروب الالتهاب الرئوى (نيوموكوك) .

أما المكروب السبحى (الاستربتوكوك) فتنمو الواحدة منه بجانب الأخرى على شكل الخطوط . ولكونها حلقية فان نموها بهذه الكيفية يجعلها فى شكل السُبَحات . وهذه المكروبات على أنواع فمنها ما يسبب الحمرة ومنها ما يسبب خراجات المفاصل والعظام والالتهاب البريتونى والتسمم الدموى الحاد والتسمم الدموى التقيحى . والمكروب السبحى أقوى مكروبات التقيح وأخبثها ويليه فى الأهمية المكروب العنقودى وهو ينمو فى كتل صغيرة لها شكل العناقيد ويسبب عادةً الخراجات الموضعية والتقيحات الجلدية والدمامل السطحية والخراجات الغائرة . واذا وصل الى الدم سبب نوعاً من التسمم الدموى القيحى الحاد . وهو فى الغالب أقل خطراً من المكروب السبحى .

أما مكروب السيلان فيختلف كثيرًا فى شكله عن سابقيه لأنه ينمو أزواجاً ولذا يسمونه ديپلوكوك وينمو عادة داخل خلايا النسيج الذى يصيبه كما ترى فى (شكل٣) . واذا وصل هذا المكروب الى المهبل كما يحصل اذا كان الزوج مصاباً بالسيلان مثلاً فانه يسبب التهاباً سيلانياً . واذا كانت المصابة حاملاً ولم تشف منه قبل الوضع فانه يصل الى عين الجنين عند ولادته ويسبب نوعاً خبيثاً جداً من الرمد الصديدى كثيرًا ما ينتهى بالعمى . وقد يكمن هذا المكروب عند المصابات بالسيلان فى غدد عنق الرحم وفى الغدد الموجودة حول الفرج فبعد أن يظن أن المريضة شفيت منه بحسب الظاهر يخرج من

(شكل ٣) مكروب السيلان
يشاهد داخل احدى الكرات البيضاء عدد من ديپلوكوك السيلان مكبر ٩٠٠ مرة . وهو يوضح كيف ينمو هذا المكروب الحاقى المزدوج داخل الخلايا البيضاء .

مخبئه مرة بعد أخرى ويصيبها هى وزوجها بالسيلان . وقد يصل أيضاً الى البوقين فيسبب التهاباً بوقياً ينتهى غالباً بانسداد البوقين الذى يسبب العقم. وقد تسقط بعض نقط الصديد من البوقين المصابين الى البريتون فيسبب التهاباً بريتونياً يكون فى الغالب موضعياً فقط .

ولنبحث الآن فى الكيفية التى بها تؤثر المكروبات على الأنسجة التى تصيبها وننظر كيف تقابل الأنسجة هجوم المكروبات عليها وما هى التأثيرات التى تحدثها هذه المكروبات .

أما الكيفية التى تؤثر بها المكروبات على الأنسجة المصابة فتختلف بحسب درجة خبث المكروب وبحسب كمية المكروبات . أما درجة خبث المكروبات فقد تختلف فى المكروب الواحد . فالمكروب الحلقى السبحى (الاستربتوكوك) الذى يوجد فى حالة التهاب بريتونى حاد أو فى حالة حمرة مثلاً لهو أخبث من المكروب الذى يوجد فى حالة خراج مزمن لأنه فى الحالة الثانية تكون المكروبات قد ضعفت من فعل السموم التى تفرزها ومن المقاومة التى تصادفها من المكروبات الأخرى التى تختلط بها .

أما كمية المكروبات فأمر مهم جداً ، لأنه يجوز أن يقاوم الجسم عدداً صغيراً من المكروبات ويقتلها ولكنه قد لا يقوى على مقاومة عـدد كبير منها . وغير هذين العاملين ، أى خبث المكروب والكمية التى دخلت الى الجسم، يوجد عامل آخر له تأثير كبير وهو قوة مقاومة الجسم أى قوته الدفاعية. وهذه القوة الدفاعية إما موضعية وإما عمومية . فالمقاومة العمومية للجسم ناشئة عن مقدرة الخلايا الحية والسوائل على مكافحة المكروبات. وخلايا الدم البيضاء هى صاحبة الدور الأكبر فى هذا الكفاح . والمثل على ذلك أنه اذا جرح الجسم ودخل عددٌ من المكروبات من فتحة الجرح تهرع الكريات البيضاء

الى الجهة المصابة وتقوم هى وخلايا الجسم بمقاومة المكروبات حتى تقتلها وتتغذى بها . فاذا كان عدد المكروبات كبيراً كان الطلب على الخلايا البيضاء كبيراً فيزيد بذلك مقدار الدم الذى يرد على الجزء المصاب فيحمر ويتورّم ويؤلم وترتفع حرارته . ويعبر عن هذه الحالة بالالتهاب الموضعى . وهو عمل دفاعى الغرض منه حصر الاصابة فى الجزء المصاب واقامة حاجز من الخلايا البيضاء يحول دون بلوغ المكروبات الى الدورة العامة أو تعديها الى الأجزاء التى لم تصب . وفى الأحوال التى ينجح فيها هذا الدفاع تلتف الكريات البيضاء حول المكروبات وتميتها ثم تلتهمها . وهذا هو السبب فى تسمية هذه الخلايا بالخلايا الأكالة (Phagocytes) . فاذا كان الكفاح بين الخلايا البيضاء وبين المكروبات شديداً فقد يموت عدد كبير من الخلايا البيضاء فيتكوّن منها ومن السوائل التى ترتشح من الجزء الملتهب ومن المكروبات مادة بيضاء هى الصديد . فان كان الكفاح سطحياً فالقيح يكون سطحياً وان كان غائراً فينشأ عن ذلك خراج . فيتضح لنا من ذلك أنه اذا جرح أصبع مثلاً ودخلت المكروبات فى الجرح ينشأ عن ذلك التهاب موضعى قد ينتهى بتقيح سطحى أو بتكوين خراج . هذا فى الأحوال التى تنجح فيها المقاومة ولكن قد يحصل أن يكون المكروب شديد الخبث أو يكون العدد المهاجم كبيراً جداً لا تقوى على مقاومته الأنسجة المصابة ولا الخلايا البيضاء ففى هذه الحالة تخترق المكروبات الحاجز المكوّن من الخلايا البيضاء وتصيب الذراع ، فإما أن تصل الى الدم وإما أن تقف فى سيرها بمقاومة الغدد اللمفاوية التى فى الابط والتى هى خط الدفاع الثانى للجسم . وفى هذه الحالة قد يشتد النضال فيموت عدد وافر من الكريات البيضاء ويحصل خراج فى الغدد اللمفاوية . أما اذا كانت مقاومة الجسم ضعيفة جداً أو كانت

المكروبات شديدة الخبث فقد لا تقف المكروبات لا فى الأنسجة التى أصيبت أوّلاً ولا فى الغدد اللمفاوية بل تصل الى الدم مباشرة ويحصل تسمم دموى عمومى .

فاذا تفهمنا ما سبق يسهل علينا أن نفهم معنى المقاومة الموضعية والمقاومة العمومية . أما المقاومة العمومية فتتوقف على نشاط الدورة الدموية وقوة سوائل الجسم وخلاياه على مقاومة المكروبات . وهذه المقاومة تكون على أشدها فى أصحاء الجسم وعلى أقلها فيمن أضعفتهم الأمراض أو المعيشة غير الصحية أو أدمان السكر وعند المصابين بالأنزفة وغيرها مما ينهك القوى . وفى بعض الأشخاص تكون مقاومة الجسم لبعض أنواع المكروبات عظيمة جداً . وهذا ما يسمى بالحصانة أو المناعة . فان الذين يصابون بالجدرى أو التيفوس مرّة يندر جداً أن يصابوا به مرّة أخرى . وهذه الحصانة ناشئة عن تولد مواد فى الدم تضعف أو تزيل تأثير سموم هذه المكروبات . وقد حدا ذلك الى محاولة احداث حصانة فى الجسم ضد أنواع خاصة من المكروبات بحقن المريض بعدد من المكروبات الحية أو الميتة ثم زيادة هذا العدد تدريجياً حتى يقوى الجسم على مقاومة عدد كبير جداً منها بمرور الوقت ، كما يحصل عند الذين يعتادون تعاطى المورفين ، فانه بعد مضى زمن قد يتعاطون فى المرة الواحدة بدون ضرر مقداراً يميت الذين لم يتعودوا تعاطيه .

هذه هى المقاومة العمومية . أما المقاومة الموضعية فيقصد بها مقدرة أنسجة الجسم المختلفة على مقاومة العدوى، فقد يكون جزء من الجسم مصاباً بمرض يجعله اكثر تعرضاً للعدوى من سائر الأجزاء . فاذا فرضنا مثلاً ان الدورة الدموية فى أحد الأطراف السفلى كانت بطيئة لانسداد الأوردة أو لاصابتها بالدوالى أى زوال مرونة الأوردة ، فانها تكون اكثر قابلية للعدوى

من الجهة السليمة . وأقرب مثل لذلك ان أنسجة الوالدة التى تتعسر ولادتها وتقتضى استعمال الآلات تكون اكثر تعرضاً للعدوى من التى تكون ولادتها طبيعية .

وقبل أن نختم الكلام فى هذا الموضوع سنشرح بالاختصار الطريقة المتبعة فى معالجة الأمراض المكروبية بواسطة تقوية الجسم على المقاومة لنوع خاص من المكروب : الطريقة الأولى أن يحقن عدد صغير من مكروبات المرض تكون قد أضعفت أوّلاً إما بانمائها على درجة حرارة غير موافقة لنموها أو باضافة مطهرات ضعيفة الى الوسط الذى تنبت فيه . والطريقة الثانية هى أن يحقن الجسم بعدد صغير من المكروبات فى حالتها الطبيعية ، انما يلاحظ أن تكون الكمية المحقونة صغيرة بحيث لا تحدث ضرراً ما . والطريقة الثالثة أن يُحقن الجسم بمكروبات ميتة . والرابعة أن تحقن بالسوائل التى تحتوى على سموم المكروبات وليس بالمكروبات نفسها . وفى كل هذه الأحوال يراعى أن يبدأ الحقن بكميات صغيرة تزاد تدريجياً حتى يقوى الجسم على احتمال مقادير كبيرة منها .

ومن أمثلة هذه الطرق التطعيم بالمادة الجدرية ، فان مكروب الجدرى اذا أصاب البقر أحدث مرضاً شبيهاً بالجديرى . واذا أخذ صديد بثرات البقر المصاب وطُعم به الانسان أحدث عنده حصانة أو مناعة ضد الجدرى تبقى زمناً طويلاً ثم تأخذ فى الزوال . والمصابون بداء الكلب يحقنون بعد الاصابة بمقادير صغيرة من نفس مكروب الكلب تزاد تدريجياً حتى اذا تمت مدة الحضانة (أى المدة بين عض الكلب للمصاب وبين ظهور الاعراض) يكون الجسم قد اعتاد على المكروب فلا تظهر اعراض المرض . وجميع هذه الطرق تقليد لما يحصل فى الجسم طبيعياً عند اصابته بمرض معدٍ ، فانه عند

دخول مكروبات هذه الأمراض الى المصاب يأخذ الجسم فى اعداد ما يسمى بالأجسام المضادة (Antibodies) ، ومتى تكوّن عدد كبير منها فى الدم تستطيع ان تقضى على المكروبات الموجودة فتميتها ويشفى المريض (وهذه الأجسام المضادة لم يمكن فصلها من الدم حتى الآن ولكننا نستدل على وجودها فيه من العمل الذى تقوم به) .

واكبر فوائد هذه الطرق فى ما يختص بالولادة هو فى معالجة الحمى النفاسية ، فان احدى الطرق المتبعة فى علاجها هى ان نكتشف سبب الحمى بفحص الافرازات التى توجد فى تجويف الرحم أو بفحص الدم للاستدلال على نوع المكروب المسبب لها . ثمّ يستنبت هذا المكروب فى أنابيب، ثمّ تقتل هذه المكروبات بتسخينها الى درجة حرارة معلومة (٦٠°س) لمدة ساعة، ثم تعلق فى محلول الفنيك المحضر بنسبة ١ فى ٤٠٠ . وتوضع فى أنابيب تسع كل منها جراماً أو اكثر من السائل الذى يحتوى على عدد معين من المكروبات الميتة مثل مليون أو عشرة ملايين أو اكثر أو أقل . ويسمى هذا السائل لقاحاً (Vaccine) . وفى بعض الأحوال الحادة التى يخشى فيها أن يستعصى المرض قبل ان يجز اللقاح المحضر بهذه الطريقة البطيئة التى تستغرق بضعة أيام، قد يستعاض بلقاح جاهز من نوع المكروب الذى حصلت به الاصابة . ويباع فى الصيدليات أنابيب تحتوى على لقاح المكروب العنقودى أو السبحى ، وهى تشتمل على مقادير متفاوتة منها يمكن استعمالها بالطريقة التى ستذكر عند الكلام على الحمى النفاسية . وفائدة اللقاح هو أنه يولد فى الدم مواد تقتل المكروب او تفسد سمومه وهى التى سميناها بالأجسام المضادة وكذلك يقوى مقدرة الكرات البيضاء على التهام المكروبات .

وهناك طريقة أخرى للعلاج وهى الحقن بالمصل .

ولكى نفهم كيفية تأثير المصل سنشرح طريقة تحضير نوعين منه لنعلم الفرق بينهما . فأولهما وهو مصل الدفتيريا يحضر بأن يحقن حصان بالسموم التى تنشأ من مكروب الدفتيريا وليس بالمكروب نفسه . يبدأ بمقدار صغير منها ثم يزاد بالتدريج حتى يستطيع الحصان ان يحتمل بلا ضرر مقداراً منها يكفى ان يقتل حصاناً آخر . وبعد الاستمرار على زيادة مقدار السموم المحقونة بضعة شهور يحتوى دم هـذا الحصان على عدد هائل من الأجسام المضادة لسموم مكروب الدفتيريا . ومتى تأكدنا من ذلك يفتح أحد أوردة هذا الحصان مع ملاحظة أدق طرق التطهير ثم يجمع الدم الذى ينزف منه . ومتى تخثر الدم يفصل المصل عنه ويحفظ فى أنابيب زجاجية تقفل اقفالاً محكماً وتستعمل عند الحاجة .

وقد وجدوا أنهم لو حقنوا حيواناً بمقدار معين من سموم مكروب الدفتيريا لمات . ولكنهم اذا أضافوا لهذه السموم مقداراً معيناً من مصل الدفتيريا المحضر كما ذكرنا فلا يصاب الحيوان بأعراض مضرّة . وهذا يثبت وجود الأجسام المضادة للدفتيريا فى هذا المصل ويثبت أيضاً انها تبطل اضرار سموم الدفتيريا . وكذلك وجدوا أنه اذا حقن حيوان بهذا المصل استطاع ان يحمل بلا ضرر مقداراً من السموم يكفى ان يميت مائة حيوان لم تحقن به . وكذلك اذا أصيب شخص بالدفتيريا فانه يشفى بحقنه بالمصل المضاد لها اذا حقن المقدار الكافى منه فى الوقت المناسب . وهذا المصل يسمى بالمصل المضاد للسموم (Antitoxic Serum) .

أما المصل المضاد للاستربتوكوك (المكروب السبحى) وهو المستعمل غالباً فى حمى النفاس فيختلف كثيراً عن مصل الدفتيريا فانه يقوى مقاومة الجسم لهذه المكروبات لاحتوائه على الأجسام المضادة للمكروب وطريقة

تحضيره تختلف عن الطريقة السابقة فى ان الحصان الذى يستعمل لهذا الغرض يحقن بالمكروب نفسه وليس بسمومه وينتخب عادة من المكروبات السبحية أخبثها نوعاً . ويحقن الحصان بعدد صغير منها ويزاد بالتدريج حتى يقوى الحصان على أن تحقن أوردته بعدد هائل من أخبث المكروبات السبحية بدون أن يحصل تسمم فى الدم . وذلك لأن دمه يكون محتوياً على عدد عظيم جداً من الأجسام المضادة للمكروب (Antibodies) وطريقة جمع المصل من الحصان الحصين هى كتحضير المصل المضاد للدفتيريا .

ولكن تأثيره العلاجى أقل بكثير من تأثير مصل الدفتيريا . وذلك لأن الحمى النفاسية تتسبب فى كثير من الأحوال من أنواع مختلفة من المكروبات.



الفصل الثانى

﴿ تشريح الحوض ﴾

الحوض حزام عظمى موضوع أسفل العمود الفقرى وحامل له . ومرتكز على الأطراف السفلى . وأهمية تشريحه للمولّد هى ان أغلب أحوال الولادة العسرة سببها إما تشوّه شكل الحوض ، أو عدم تناسب حجمه لحجم رأس الجنين . ويتركب الحوض عند البالغ من أربعة عظام : — العظمان اللذان لا اسم لهما من الجانبين والامام ، والعجز والعصعص من الوراء .

العظم الذى لا اسم له — سُمّى هذا العظم بهذا الاسم لعدم مشابهته لشىء معروف . وهو عظم مزدوج موضوع فى الجهة الجانبية والمقدمة للحوض ويتكوّن عند صغار السن من ثلاث قطع يتحد بعضها مع بعض عند البلوغ . وهذه القطع هى الحرقفة ، والورك ، والعانة .

الحرقفة — أما الحرقفة فيتميز لها وجهان ، ظاهر ، وباطن . وعرف . وحافتان — مقدمة ، وخلفية .

الوجه الظاهر — الجزء الخلفى لهذا الوجه متجه الى الخلف والأسفل والوحشية ، والجزء المقدم متجه الى الامام والأسفل والوحشية . وهذا الوجه أملس محدَّب من الامام ، شديد التقعير من خلف ، محدود من فوق بالعرف الحرقفى ، ومن تحت بالحافة العليا للحفرة الحقية ، ومن الامام والوراء بالحافة المقدمة والخلفية لعظم الحرقفة . ويمرّ على هذا الوجه بانحناء ثلاثة خطوط كل خط منها نصف دائرى وهى الخط المنحنى العلوى ، والمتوسط ، والسفلى . فالخط العلوى أقصر الثلاثة وينشأ من العرف الحرقفى على مسافة خمسة سنتيمترات من طرفه الخلفى ، ويتجه الى الأسفل والوحشية وينتهي فى الجزء العلوى للشرم

العظم الوركى . ويوجد خلف هذا الخط سطح ضيق نصف هلالى جزؤه العلوى خشن معد لاندغام جزء من العضلة العظيمة الاليية . أما جزؤه السفلى فأملس ولا تندغم عليه عضلات . أما الخط المنحنى المتوسط فهو أكبر الثلاثة وينشأ من العرف على مسافة ثلاثة سنتيمترات خلف طرفه المقدم، ثم يتجه بانحناء الى خلفه وأسفله وينتهى فى الجزء العلوى للشرم العظيم الوركى .

والمسافة التى بين الخطين العلوى والمتوسط وبين العرف مقعرة ومعدَّة لاندغام العضلة المتوسطة الاليية . ويشاهد غالباً فى وسط هذا الخط ثقب معد لمرور الأوعية المغذية للعظم . أما الخط المنحنى السفلى فأقل الثلاثة وضوحاً . وينشأ من الامام من الجزء العلوى للشوكة المقدمة السفلى، ثم يتجه بانحناء الى الأسفل والخلف لينتهى فى وسط الشرم العظيم الوركى . والمسافة التى بين الخطين المنحنى السفلى والمتوسط مقعرة من أعلى لأسفل، ومحدبة من الامام الى الوراء، وتندغم عليها العضلة الصغيرة الاليية . وأسفل الخط المنحنى السفلى سطح خشن يندغم عليه الوتر المنعطف للعضلة المستقيمة الفخذية.

الوجه الباطن — محدود من الأعلى بالعرف ومن الأسفل متصل بالوجه الحوضى للعانة والورك، حيث يوجد خط قليل الوضوح يدل على محل الاتصال . ومن الامام والوراء محدود بالحافتين المقدمة والخلفية للحرقفة . ويوجد فى جزئه المقدم سطح كبير مقعر أملس هو الحفرة الحرقفية التى ترتكز عليها العضلة الحرقفية الباطنة . وفى هذا الوجه من الجهة السفلى ثقب تصريف . وأسفل هذا السطح حافة ملساء هى الخط الحرقفى العانى، أو الخط الذى لا اسم له الذى يفصل الحفرة الحرقفية من جزء الوجه الباطن للحرقفة الذى يدخل فى تركيب الحوض الحقيقى ، ويندغم عليه جزء من

العضلة السادّة الباطنة . ويوجد خلف الحفرة الحرقفية سطح خشن ينقسم الى قسمين مقدم وخلفى ، فالمقدم أذنى الشكل مغطى فى الحالة الحديثة بغضروف ، ويتصل مع سطح شبيه به على جانب العجز . والجزء الخلفى خشن ومعدّ لاندغام الأربطة العجزية الحرقفية الخلفية .



(شكل ٤) الوجه الباطن للعظم الذى لا اسم له

أما العرف فمحدب فى كل جهاته ومنحن على شكل حرف S اللاتينية ، وجزؤه المقدم منحن الى الأنسية ، والخلفى الى الوحشية . وهو أطول فى النساء منه فى الرجال . وأسمك فى خلف منه فى الامام ، وأرق فى الوسط منه فى الطرفين . وينتهى فى طرفيه بشوكتين بارزتين هما الشوكة المقدمة العليا من الامام ، والخلفية العليا من الخلف . وسطح العرف عريض وينقسم الى شفة أنسية ، وشفة وحشية ، ومسافة متوسطة . وهى كلها معدة لاندغام عضلات البطن .

الحافة المقدمة — الحافة المقدمة للحرقفة مقعرة . ويتميز لها شوكتان مفصولتان بشرم فالعليا منهما موجودة فى محل تقابل الحافة المقدمة بالعرف

وتسمى بالشوكة الحرقفية المقدمة العليا . ويوجد فى أسفلها شرم يمر منه العصب الجلدى الظاهر . وفى أسفل الشرم توجد الشوكة المقدمة السفلى للحرقفة التى تتصل بالشفة العليا للحفرة الحقية . وعلى الجهة الانسية للشوكة المقدمة السفلى يوجد ميزاب عريض قليل الغور تمر عليه العضلة الحرقفية وهذا الميزاب محدود من الجهة الانسية بارتفاع هو الارتفاع الحرقفى العانى الذى يدل على محل اتصال العانة بالحرقفة .

الحافة الخلفية — الحافة الخلفية للحرقفة أقصر من المقدمة . ومثلها يتميز لها شوكتان مفصولتان عن بعضهما بشرم، هما الشوكة الخلفية العليا، والشوكة الخلفية السفلى . وفى أسفل الشوكة السفلى يوجد شرم كبير هو الشرم الكبير الوركى .

الورك — الورك يكوّن الجزء الخلفى والسفلى للعظم الذى لا اسم له وهو ينقسم الى قسم صلب سميك هو الجسم . والى حدبة خشنة كبيرة هى التى يرتكز عليها الجسم عند الجلوس وتسمى الحدبة الوركية . والى جزء صاعد رقيق هو الفرع الصاعد للورك .

أما الجسم فثلاثى الشكل ويتميز له ثلاثة أوجه : ظاهر — وباطن — وخلفى. فالوجه الظاهر هو جزء الورك الذى يدخل فى تكوين الحفرة الحقية . وهو أملس مقعر ويكوّن أكثر من خمسى الحفرة الحقية وحافته الوحشية محدودة بشفة بارزة هى الحافة الوحشية للجسم التى يتصل بها الغضروف الليفى للحفرة الحقية . ويوجد أسفل الحفرة الحقية بينها وبين الحدبة الوركية ميزاب عميق يمرّ عليه وتر العضلة السادة الظاهرة . أما الوجه الباطن فأملس مقعر ويدخل فى تكوين الحد الجانبى لتجويف الحوض الحقيقى . وهذا الوجه مثقوب بثلاثة ثقوب كبيرة معدة لمرور الأوعية المغذية للعظم، ويندغم

عليه جزء من العضلة السادة الباطنة . أما الوجه الخلفى فرباعى الشكل عريض أملس . ويوجد فى جهته السفلى فى محل اتصاله بالحدبة الوركية ميزاب متصل بالميزاب الموجود على الوجه الظاهر ومعد لمرور وتر العضلة السادة الظاهرة .

وهذا الوجه محدود من الامام بحافة الحفرة الحقية ومن خلف بالحافة الخلفية . أما الحوافى فالظاهرة تكوّن الشفة البارزة للحفرة الحقية ، وتفصل الوجه الظاهر من الوجه الخلفى . والحافة الباطنة رقيقة وتكوّن الجزء الوحشى من محيط الثقب المسدود . أما الحافة الخلفية فيوجد فيها عند منتصفها تقريباً حدبة مثلثة رقيقة مدببة ، هى الشوكة الوركية التى يتصل بها الرباط العجزى الوركى الصغير . وفى أعلى هذه الشوكة يوجد شرم عظيم ، هو الشرم العظيم الوركى الذى يتحوّل الى ثقب بالرباط الصغير الوركى . وفى أسفل الشوكة الوركية شرم صغير ، هو الشرم الصغير الوركى الذى يتحوّل الى ثقب بالأربطه الوركية العجزية .

الحدبة الوركية — يتميز لها ثلاثة أوجه : ظاهر — وباطن — وسفلى . فالوجه الظاهر رباعى الشكل خشن معد لاندغام جملة عضلات ، وهو محدود من الأعلى بالميزاب الذى يمر به وتر العضلة السادة الظاهرة . ومن الامام بالحافة الخلفية للثقب المسدود ، ومن الأسفل متصل بالفرع الصاعد للورك ، ومن الوراء محدود بحافة بارزة تفصله عن الوجه السفلى . أما الوجه الباطن فيكوّن جزءاً من تجويف الحوض الحقيقى . أما الوجه السفلى فينقسم الى قسمين — مقدم خشن مثلث الشكل — وخلفى أملس رباعى الشكل . فالوجه المقدم ينقسم بخط بارز الى قسمين — الوحشى منهما معد لاندغام العضلة المقرّبة العظمى ، والأنسى للرباط العظيم الوركى . والوجه الخلفى ينقسم بخط منحرف الى قسمين أيضاً .

الفرع الصاعد للورك — هو الجزء الرقيق المفرطح للورك الذى يصعد الى الأعلى والأنسية ليتصل بالفرع النازل للعانة، ومحل الاتصال يتميز عند البالغ بخط خشن : والوجه الظاهر للفرع خشن وتندغم عليه العضلة السادة الظاهرة، والوجه الباطن يكوّن جزءًا من الحوض الحقيقى . وحافته الأنسية خشنة وتكوّن جزءًا من المضيق السفلى . والحافة الوحشية رقيقـة حادة وتكوّن الحافة الأنسية للثقب المسدود .

العانة — عظم العانة يكوّن الجزء المقدم للعظم الذى لا اسم له . وباتحاده مع عظم الجهة المقابلة يكوّن الحدّ المقدم للحوض الحقيقى . وينقسم الى جسم، وفرع أفقى، وفرع نازل .

الجسم — رباعى الشكل يتميز له وجهان وثلاث حواف . الوجه الظاهر خشن متجه الى الامام والوحشية ومعد لاندغام جملة عضلات والوجه الباطن محدب من أعلى لأسفل مقعر من جهة لأخرى، أملس، ويكوّن الجدار المقدم للحوض . أما الحافة العليا فيتميز لها حدبة بارزة هى الشوكة العانية وعليها يندغم رباط پوپارت . ويخرج من هذه الحدبة خط بارز يكوّن جزءًا من الخط الحرقفى العانى الذى باتجاهه الى الجهة الوحشية يفصل الحوض الحقيقى من الحوض الكاذب . وفى أنسى هذه الشوكة يوجد العرف العانى الذى يندغم عليه جملة عضلات . ومحل اتصال العرف بالحافة الأنسية للعظم يسمى بالزاوية العانية . أما الحافة الأنسية فهى الارتقاق العانى، وهى بيضية الشكل مقسومة بثمانية خطوط معدة لاتصال القطع الغضروفية فى الحالة الحديثة . أما الحافة الوحشية فحادة وتكوّن جزءًا من الثقب المسدود . وبها يتصل الغشاء الساد .

الفرع الافقى — يمتد هذا الفرع من الجسم الى نقطة اتصال العانة

بالحرقفة ، ويكوّن الجزء العلوى لمحيط الثقب المسدود . وسطحه العلوى متصل بالخط الحرقفى العانى ومحدود من الجهة الوحشية بحدبة خشنة هى الارتفاع الحرقفى العانى ، الذى يدل على محل اتصال عظم العانة بالحرقفة . والسطح السفلى يكوّن الحد العلوى للثقب المسدود . ويوجد به من الجهة الأنسية حافة حادة تكوّن جزءًا من محيط الثقب المسدود ، وبها يتصل جزء من الغشاء الساد . والسطح الخلفى يكوّن جزءًا من الحد المقـدم للحوض الحقيق . أما الحافة الوحشية للفرع الأفق فهى أسمك أجزائه وتكوّن خمس تجويف الحفرة الحقية .

الفرع النازل للعانة — رقيق ومفرطح ويتجه الى الأسفل والوحشية ليتحد بالفرع الصاعد للورك . سطحه المقدم خشن من اندغام العضلات عليه وسطحه الخلفى أملس . وحافته الأَنسية سميكة خشنة يتميز لها حافتان ومسافة متوسطة . والحافة الوحشية رقيقة حادة وتكوّن جزءًا من محيط الثقب المسدود ، وبها يتصل جزء من الغشاء الساد .

الحفرة الحقية - هى حفرة نصف كرية عميقة فنجانيّة الشكل مكوّنة من الجهة الأنسية بالعانة ، ومن الأعلى بالحرقفة ، ومن الأسفل والوراء بالورك . فالحرقفة تكوّن أقل من خمسيها بقليل ، والورك يكوّن اكثر من خمسيها بقليل ، والخمس الباقى تكوّنه العانة . ويوجد بهذه الحفرة من الجهة الأنسية انبعاج هو الانبعاج الحقى .

الثقب المسدود - هو ثقب متسع بين العانة والورك يكون عند الرجال كبيراً بيضياً قطره الأكبر متجه بانحراف من أعلى لأسفل . وعند النساء يكون أصغر ومثلث الشكل . وهو محدود بحافة حادة رقيقة غير منتظمة يتصل بها غشاء قوى هو الغشاء الساد . ويوجد به من الجهة العليا الأنسية ميزاب عميق يتحوّل بالغشاء الساد الى ثقب لمرور الأوعية والأعصاب السادة .

العجز والعصعص

يتألف العجز والعصعص فى الصغر من تسع فقرات منفصلة عن بعضها . وعند البلوغ تتحد خمس من هذه الفقرات وتكوّن العجز . والأربع فقرات الأخيرة تتحد مع بعضها وتكوّن للعصعص . وفى أحوال نادرة يتركب العصعص من خمس فقرات .

✻ العجز ✻

عظم منفرد كبير مثلث الشكل موضوع تحت العمود الفقرى فى الجهة العليا والخلفية لتجويف الحوض . وهو ينغرز كسفين فى ما بين الحرقفتين . وقاعدته وهى جزؤه العلوى تتصل بالفقرة الأخيرة القطنية ، وقمته تتصل بالعصعص . والعجز منحنٍ على نفسه ، وموضوع بانحراف عظيم بحيث تصير قاعدته شديدة البروز الى الامام مكوّنة مع الفقرة الأخيرة القطنية زاوية بارزة جداً تسمى الزاوية العجزية القطنية . أما جزؤه المتوسط فمتجه الى خلف لكى يسمح لتجويف الحوض بأن يكون أكثر اتساعاً .

ويتميز للعجز وجهان : مقدم وخلفى ، وحافتان جانبيتان ، وقاعدة ، وقمة ، وقناة وسطية .

الوجه المقدم — مقعر من أعلى لأسفل وأقل تقعيراً من جانب لآخر وفى وسطه يوجد أربعة خطوط أفقية هى محال اتصال الفقرات الخمس المكوّنة للعجز . والجزء العظمى المنحصر بين هذه الخطوط هو أجسام هذه الفقرات . وعلى جانبي هذه الخطوط يوجد صفّاً ثقوب هى الثقوب العجزية المقدمة المعدَّة لمرور الأعصاب العجزية المقدمة . وهذه الثقوب تأخذ فى

الصغر من أعلى لأسفل . وفى وحشى هذه الثقوب توجد كتلة جانبية تتكوّن فى الصغر من قطع منفصلة تتحد عند البلوغ بعضها مع بعض ومع بقايا النتوات المستعرضة الخلفيـة . وعلى هذا السطح تندغم بعض الياف من العضلة الهرمية . واذا قطع هذا العظم قطعاً أفقياً فى وسطه نجد الفقرات متحدة اتّحاداً عظمياً فى محيطها والمسافة المتوسطة متسعة وممتلئة موادّ مختلفة .



(شكل ٥)

الوجه الباطن للعجز والعصعص

الوجه الخلفى — محدب وأضيق من الوجه المقدم ويوجد فيه على الخط المتوسط أربعة بروزات منضمة بعضها الى بعض فى الغالب ، وهى البقايا الأَثرية للنتوآت الشوكية لفقرات هذا العظم . وفى أسفل هذه البروزات ميزاب هو انتهاء القناة العجزية . وفى وحشى هذه النتوات ميزابان سطحيان هما امتداد الميزابين الفقريين . وفى وحشى هذين الميزابين صفاً نتوآت قليلة الوضوح هى البقـايا الأَثرية للنتوات المفصلية . والنتوآن الأَخيران يغلب أن يكونا متحدين وموضوعين على جانبى القناة العجزية ويسميان قرنى العجز ، ويتصلان بقرنى العصعص . وفى وحشى هذه النتوآت المفصلية يوجد صفاَّ ثقوب هى الثقوب الأربعة العجزية الخلفية . وهى أصغر وأقل انتظاماً من الثقوب المقدمة ومعدة لمرور الأعصاب العجزية الخلفية . وفى وحشى هذه الثقوب صفاَّ حدبات ، هى البقايا الأثرية للنتوات المستعرضة لفقرات هذا العظم .

السطحان الجانبيان — عريضان من أعلى ويستدقان من أعلى الى أسفل

حتى ينتهيا فى طرفهما السفلى بحافة رقيقة . وهما مقطوعان بانحراف من أعلى لأسفل ومن الامام الى الوراء . وفى جزئهما العلوى من الامام سطح عريض شبيه بصيوان الاذن يتصل بشبيه له فى عظم الحرقفة ، وهذا السطح يسمى بالسطح المفصلى . وهو مغطى فى الحالة الحديثة بغضروف ليفى . ومحدود من الخلف بانبعاجات عميقة غير منتظمة تندغم عليها الأربطة العجزية الحرقفية الخلفية . والنصف السفلى رقيق حاد يتصل به الرباطان العجزيان الحرقفيان الكبير والصغير .

القاعدة — قاعدة العجز عريضة ومتجهة الى الامام والى فوق وفى جزئها المتوسط سطح مفصلى كبير بيضىّ شبيه بالسطح السفلى للفقرة الأخيرة القطنية ويتحد بواسطة قرص غضروفى ليفى . وهو محدود من خلف بثقب كبير مثلث الشكل ، هو بدء القناة العجزية . وعلى جانبيه من الامام سطح مثلث يكوّن جزءًا من الحوض ، ومن خلف ميزاب يكوّن مع الميزاب السفلى للخامسة القطنية ثقب تصريف . وفى خلفه نتوء سطحه المفصلى متجه الى الوراء والانسية مشابه للسطوح المفصلية للفقرات القطنية .
والعجز عند النساء أعرض وأكثر انحناء منه عند الرجال .

القمة — متجهة الى الأسفل والامام ويتميز لها سطح بيضىّ مقعر صغير يتصل بالعصعص

﴿ العصعص ﴾

يتكوّن العصعص غالباً من أربع فقرات أثرية ، ويندر أن يتركب من خمس . وفى قطعه الثلاث العليا قد يمكن تمييز البقايا الأثرية لأجسام الفقرات المكوّنة لها ، ونتوآتها المستعرضة والمفصلية . ولكن القطعة الأخيرة

ليست الا درنة عظمية لا يمكن تمييز جسمها ولا نتوآتها . وجميع القطع المكوّنة له معدومة الميازيب والنتوآت الشوكية ، وأيضاً ليس لها ثقوب لمرور الأعصاب ولا قناة وسطية . وا كبر هذه القطع القطعة الأولى وتشبه فى شكلها الفقرة الأخيرة العجزية وكثيراً ما تكون منفصلة عن سائر القطع . والقطع الثلاثة الباقية تأخذ فى الصغر من أعلى لأسفل . وهى فى الغالب متحدة بعضها ببعض . والعصعص مثلث الشكل قاعدته الى الأعلى وقمته الى الأسفل. والقاعدة تتصل بالعجز . ويتميز للعصعص وجهان مقدم — وخلفى ، وسطحان جانبيان ، وقمة ، وقاعدة . فالوجه المقدم مقعر قليلاً ، وفيه ثلاثة ميازيب مستعرضة هى محال اتصال الفقرات الأثرية . ويندغم فيه الرباط العجزى العصعصى المقدم ، والعضلة الرافعة الشرجية . والوجه الخلفى محدب وفيه ميازيب مستعرضة شبيهة بالميازيب التى على الوجه المقدم . ويوجد فيه على الجانبين صفا درنات هى البقايا الأثرية للنتوآت المفصليـة للفقرات العصعصية . والنتوآن العلويان كبيران ويسميان قرنى العصعص وهما يتجهان الى الأعلى ويتحدان بقرنى العجز مكوّنين لثقبين لمرور العصب العجزى الخلفى الخامس. والسطحان الجانبيان رقيقان وعليهما درنات هى البقايا الأثرية للنتوآت المستعرضة . والعلويان منها كثيراً ما يتجهان الى الأعلى ، وباتصالهما بالحافتين الحادتين للسطحين الجانبيين للعجز ، يكوّنان ثقبين واحد منهما على كل جنب لمرور العصب العجزى المقـدم الخامس . ويندغم على السطحين الجانبيين للعصعص الأربطة العجزية الوركية والعظيمة الأليية .

أما القاعدة فبيضية وتتصل بالعجز . والقمة مستديرة وتندغم عليها العضلة العاصرة الظاهرة ، وفى بعض الأحيان تنقسم القمة الى قسمين .

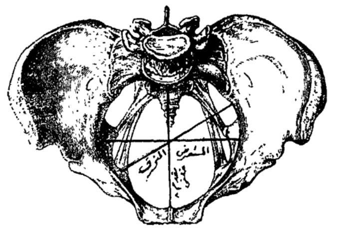
﴿ الحوض على وجه العموم ﴾

الحوض هو حزام عظمي موضوع تحت العمود الفقري وحامل له ومرتكز على الأطراف السفلى . وهو يتكوَّن من أربعة عظام ، العظمان اللذان لا اسم لهما على الجانبين ، والعجز والعصعص من خلف . والحوض ينقسم الى قسمين — حوض كاذب وحوض حقيق — بمستوًى يمر بالجزء بالأكثر بروزاً من العجز ، وبالخطين الحرقفيين العانيين ، وبالحافة العليا للارتفاق العانى .

فالحوض الكاذب هو الجزء المتسع الذى فى أعلى هذا المستوي . وهو محدود من الجانبين بالحرقفتين . أما من الأمام فبين الشوكتين الحرقفيتين مسافة متسعة مملوءة فى الحالة الرخوة بجدر البطن . وهذا التجويف معد لحمل الامعاء ، ولتحويل جزء من ثقلها الى جدرالبطن . وهو فى الحقيقة جزء من تجويف البطن ، ولذلك فتسميته بالحوض الكاذب خطأ .

أما الحوض الحقيق فهو الجزء من الحوض الواقع تحت المستوى المار ذكره . وهو أصغر من الحوض الكاذب ، ولكن جدره كاملةٌ من كل جهة . ويتميز له مضيقان ، علوى — وسفلى ، وتجويف . فالمضيق العلوى هو المستوى المار ذكره . وهو كثير الشبه بشكل القلب . ويتميز له ثلاثة أقطار ، قطر مقدم خلفى يمر من النقطة الأكثر ارتفاعاً على الزاوية العجزية القطنية الى النقطة الأكثر بروزاً للباطن من الارتفاق العانى . وطوله ١١ سنتيمتراً . وقطر مستعرض يمر ما بين أبعد نقطة على الخط الحرقفى العانى من الجهة الواحدة الى أبعد نقطة على الخط المقابل له من الجهة الأخرى ، وطوله ١٣ سنتيمتراً . وقطر منحرف يمرّ من الارتفاع الحرقفى العانى من الجهة الواحدة الى الارتفاق الحرقفى العجزى للجهة الأخرى ، وطوله ١٢ سنتيمتراً .

ولكن وجود العضلتين الابوسواسيتين الحرقفيتين يسبب ضيقاً قليلاً فى القطر المستعرض. لكن اذا أمرت الوالدة وقت مرور رأس الجنين بحفظ فخذيها فى نصف انثناء متباعدين قليلاً فلا يحدث وجودهما ضيقاً محسوساً .

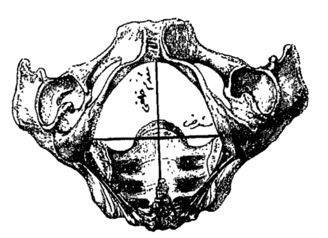


(شكل ٦) أقطار المضيق العلوى للحوض

أما التجويف فمحدود من الأمام بالارتفاق العانى ، ومن الخلف بتقعير العجز والعصعص اللذين بانحنائهما من أعلى وأسفل يضيقان فتحتى الحوض. ومحدود من الجانبين بالوجه الباطن للورك والجزء من الحرقفة الذى فى أسفل الخط الحرقفى العانى . وتجويف الحوض قصير من الأمام طوله عند الارتفاق ٣٫٧٥ سنتيمتراً . وطويل من الخلف، طوله ١١٫٥ سنتيمتراً . ويحتوى هذا التجويف فى الحالة الرخوة على المستقيم، والمثانة، وجزء من أعضاء التناسل. فالمستقيم موضوع فى الجهة الخلفية فى تقعير العجز والعصعص ، والمثانة فى الجهة المقدمة ، والرحم والمهبل فى المسافة المتوسطة .

المضيق السفلى — شكله عديم الانتظام البتة ومحدود بثلاثة ارتفاعات بارزة ، واحد خلفى وهو قمة العصعص ، واثنان جانبيان وهما حدبتا الورك . وهذه الارتفاعات مفصولة بعضها عن بعض بثلاثة شروم . واحد فى الأمام هو قوس العانة ويتكوّن من تقابل فروع الورك والعانة من الجهتين ،

والشرمان الآخران واحد منها على كل جنب . ويتكوّن كل منهما من العجز والعصعص من الوراء ، والورك من الأمام ، والحرقفة من فوق ويسميان



(شكل ٧) أقطار المضيق السفلى للحوض

الثقبين الوركيين العجزيين . ويتحولان فى الحالة الرخوة الى ثقبين بالأربطة العجزية الوركية . والمضيق السفلى معينى الشكل محدود من الأمام بالرباط تحت العانة وبفروع العانة والورك ، ومن الجانبين بحدبتى الورك ، ومن خلف بالرباطين العظيمين العجزيين الحرقفيين وبقمة العصعص . وللمضيق السفلى قطران ، قطر مقدم خلفى يمتـد من الجزء السفلى للارتفاق العانى الى قمة العصعص وطوله ٩٫٠ سنتيمترات . وقد يزيد الى ١١ سنتيمتراً عند اندفاع العصعص الى الوراء وقت الولادة . وقطر مستعرض يمتد من الجزء الخلفى لإحدى حدبتى الورك الى الجزء المقابل له من الجهة الأخرى وطوله ١١ سنتيمتراً

قياسات الحوض من الظاهر — للحوض بعض قياسات خارجية كبيرة الأهمية فضلاً عن القياسات الباطنة لأنه يمكن تقديرها بمنتهى السهولة مدة الحياة فتساعد كثيراً فى تشخيص الأحوال الواضحة من ضيق الحوض وأهم هذه القياسات هى : —

(١) المسافة بين الشوكتين المقدمتين العلويتين للحرقفة وطولها

٢٥ سنتيمتراً وفى الحوض الطبيعى تكون دائماً أقصر من المسافة التى بين العرفين

(٢) المسافة التى بين العرفين . وهى المسافة بين أبعد نقطتين من العرفين الحرقفيين وطولها ٢٧,٥ سنتيمتراً .

(٣) القطر المقدم الخلفى الخارجى . ويقاس من النتوء الشوكى للفقرة الأخيرة القطنية الى الحافة العليا للارتفاق العانى وطوله ٢٠ سنتيمتراً .

(٤) القطر المدورى المدورى وهو المسافة التى بين قمتى المدورين العظيمين لعظمى الفخذ وطوله ٣١ سنتيمتراً .

(٥) المسافة التى بين الشوكتين الخلفيتين العلويتين للحرقفة وطولها ١٠ سنتيمترات .

المستويات المائلة للحوض — ينقسم تجويف الحوض الحقيقى الى قطعتين مقدمة سفلى — وخلفية عليا . والخط الذى يقسمه الى هذين القسمين هو حافة قليلة الوضوح موجودة على السطح الباطن لعظم الحرقفة تمتد من الشوكة الوركية متجهة الى الأعلى والأمام وتنتهى فى الجزء العلوى للثقب المسدود . فكل أجزاء جدار الحوض التى تقع أمام هذا الخط تسمى بالمستويات المائلة المقدمة للحوض ، لأنها تنحدر الى القوس العانى متجهة الى الأسفل والأمام .

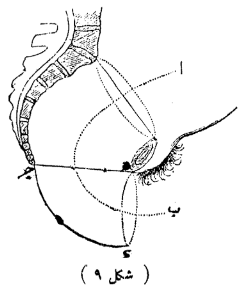
أما أجزاء جدار الحوض الواقعة خلف هذه الحافة فتسمى بالمستويات المائلة الخلفية . وهى تنحدر الى الخلف والأسفل فى اتجاه

(شكل ٨)

الجهة الجانبية للوجه الباطن للحوض . وهو يوضح المستويات المائلة ، والاربطة العجزية الوركية — وأيضا الانحراف الطبيعى لوضع الحوض .

تقعير العجز . ومعرفة هذه المستويات المائلة تساعد على فهم الدوران الداخلى للرأس فى الدور الثانى للولادة .

وضع الحوض — فى حالة الوقوف يكون الحوض موضوعاً بانحراف بالنسبة للجذع بحيث يكوّن المضيق العلوى مع الأرض الموقوف عليها زاوية قدرها ٦٠° الى ٦٥° . والسطح الحوضى للارتفاق العانى يكون متجهاً الى الأعلى والوراء ، وتجويف العجز والعصعص يكون متجهاً الى الأسفل والأمام وقاعدة العجز تكون أعلى من الحافة العليا للعانة بعشرة سنتيمترات ، وقمة العصعص أعلى من الحافة السفلى بسنتيمتر ونصف تقريباً .



(شكل ٩)

محاور الحوض . وهو يبين أيضا التمدد الذى يحصل للقناة الفرجية اثناء مرور الرأس . فحرفا ا ب يشيران للمحور العام لتجويف الحوض والمسالك التناسلية من وقت مرور الرأس من المضيق العلوى الى وقت خروجها من الفرج ، وحرفا جـ د يشيران للعجان المتمدد . وحرفا هـ د للفرج المتمدد بالرأس .

وهذا الانحناء يكون اكثر ظهوراً عند الجنين . وهو اكثر فى صغار السن منه فى كباره . وينتج من انحناء الحوض بهذه الكيفية ان مركز ثقل الجسم يقع على رأسى عظمى الفخذ .

محاور الحوض — مستوى المضيق العلوى يوجد على خط يمتد من قاعدة

العجز الى الحافة العليا للارتفاق العانى. فاذا أقيم عمود على منتصف هذا الخط فان أحد طرفيه يمر بالسرة والطرف الآخر بمنتصف العصعص. وعلى ذلك فمحور المضيق العلوى يتجه الى الوراء والاسفل. وأما محور المضيق السفلى فاذا مدّ الى والاعلى فانه يمسّ قاعدة العجز. وعلى ذلك فهو متجه الى الاسفل والامام. اما محور التجويف فهو منحن مثله. وهـذا الانحناء يوازى تقعير العجز والعصعص وطرفاه يمران بمنتصفى المضيقين العلوى والسفلى. ومعرفة محاور الحوض مهمة جداً للمولّد لأن الجنين يتبع الانحناء المشار اليه فى مروره من الحوض.

الفرق بين حوض الذكر والانثى — حوض المرأة أرق وأقل عمقاً واكثر اتساعاً من حوض الرجل. وحفرتاه الحرقفيتان أعرض واكثر اتساعاً. والشوكات الحرقفية اكثر ابتعاداً بعضها عن بعض. والمضيق العلوى اكبر وشكله يكاد يكون مستديراً. والزاوية العجزية القطنية أقل بروزاً للامام. وتجويف الحوض أقل عمقاً واكثر اتساعاً. والعجز أقصر وأعرض. والثقبان المسدودان أصغر ومثلثا الشكل. والمضيق السفلى اكبر. والعصعص أسهل تحركاً. والحدبتان الوركيتان والحفرتان الحقيتان اكثر ابتعاداً عن بعضهما. والقوس العانى أعرض واكثر استدارة. وهذا مما يساعد على سهولة مرور رأس الجنين أثناء تخلصه من الحوض ويظهر أن حوض المرأة المتمدنة اكثر اتساعاً من حوض المرأة المتوحشة. وذلك لأن رأس جنين الأم المتمدنة اكبر من رأس جنين الأم المتوحشة فيتسع حوض المتمدنة نسبياً مع رأس الجنين.

مفاصل الحوض

الأربطة التى تربط عظام الحوض بعضها ببعض تنقسم الى أربعة أقسام : —

(١) الأربطة التى تربط العجز بالحرقفة . (٢) الأربطة التى تصل العجز بالورك . (٣) الأربطة التى تصل العجز بالعصعص . (٤) الأربطة التى تصل العظمين العانيين الواحد بالآخر .

(١) الارتفاق العجزى الحرقفى

هو مفصل ارتفاقى يحصل من اجتماع السطحين الجانبيين للعجز والحرقفة. والجزء المقدم لهذين السطحين هو الجزء المفصلى . وهو اذنى الشكل ويتغطى بطبقة غضروفية رقيقة اسمك على العجز منها على الحرقفة . واسطح هذه الغضاريف تكون خشنة عند البالغ ، ومنفصلة بعضها عن بعض بمادة عجينية لينة صفراء . وعند الحوامل وصغار السن تكون هذه الاسطح ملساء ومغطاة بكيس زلالى رقيق . اما الاربطة التى تصل هذين العظمين ببعضهما فهى الرباط العجزى الحرقفى المقدم ، والخلفى . فالرباط المقدم يتألف من جملة الجمة رقيقة تصل الوجهين المقدمين بعضهما ببعض . اما الرباط الخلفى فقوىٌّ جداً وموضوع فى الحفرة العميقة التى بين العجز والحرقفة من الوراء وعليه المعول فى اتصال هذين العظمين احدهما بالآخر ، ويتألف من جملة الياف قوية تصل بين العظمين وتسير فى اتجاهات مختلفة . من هذه الالجمة ثلاثة كبيرة الحجم ، العلويان منها يتجهان افقياً ، وينشآن من الحدبتين المستعرضتين الاولى والثانيــة اللتين على الوجه الخلفى للعجز ، ويندغمان على السطح الخشن الموجود فى الجزء الخلفى للوجه الباطن للحرقفة

اما اللجام الثالث فنحرف الاتجاه و يتصل احد طرفيه بالحدبة المستعرضة الثالثـة التي على السطح الخلفى للعجز ، ويتصل الطرف الآخر بالشوكة الحرقفية الخلفية العليا ، ويسمى احياناً بالرباط العجزى الحرقفى المنحرف .

ويستدل على محل الارتفاق العجزى الحرقفى بالشوكة الحرقفيـة الخلفية العليا لانها موجودة خلف منتصف الارتفاق مباشرة .

(٢)   الأربطة التي تصل العجز بالورك

ا – الرباط العظيم الوركى « خلفى »
ب – الرباط الصغير الوركى « مقدم »

الرباط العظيم الوركى — ويسمى أيضاً بالخلفى ، موضوع فى الجزء السفلى والخلفى للحوض . وهو رقيق مفرطح ومثلث الشكل ، وأضيق فى وسطه منه فى طرفيه . وقاعدته العريضة تتصل بالشوكة الخلفية السفلى للحرقفة وبالنتوء المستعرض الرابع والخامس للعجز ، وبالجزء السفلى للسطح الجانبى للعجز والعصعص . ثم يتجه بانحراف الى الأسفل والوحشية والامام ، ويصير ضيقاً وغليظاً فى منتصفه ، ولكنه يأخذ فى الاتساع ثانياً ، ويندغم على الحافة الانسية للحدبة الوركية . وتمتد منه استطالة تندغم على الحافة الانسية للفرع وتسمى بالرباط الكاذب .

والوجه المقدم لهذا الرباط ملتصق بالرباط الصغير الوركى . وحافته الوحشية تكوّن من الأعلى الحد الخلفى للشرم العظيم الوركى ، ومن الأسفل الحد السفلى للشرم الصغير الوركى .

الرباط الصغير الوركى — أو المقدم الوركى أقصر وأصغر من السابق. وهو رقيق مثلث الشكل ، قمته تتصل بالشوكة الوركية ، وقاعدته العريضة

بالحافة الجانبية للعجز والعصعص أمام محل اندغام الرباط العظيم، حيث تتداخل اليافهما. وحافته العليا تكوّن الحد السفلى للشرم العظيم الوركى، وحافته السفلى تكوّن جزءًا من الشرم الصغير الوركى.

وهذان الرباطان يحوّلان الشرمين الوركيين الى ثقبين، أعلاهما هو الثقب العظيم الوركى وهو محدود من الامام والأعلى بالحافة الخلفية للعظم الذى لا اسم له، ومن الوراء بالرباط العظيم الوركى، ومن الأسفل بالرباط الصغير الوركى. والسفلى منهما وهو الثقب الصغير الوركى محدود من الامام بحدبة الورك، ومن الأعلى بالشوكة الوركية وبالرباط الصغير الوركى، ومن خلف بالرباط العظيم الوركى.

(٣) الارتفاق العجزى العصعصى

هو مفصل ارتفاقى يتكوّن من اتصال قمة العجز بقاعدة العصعص، ويتميز له رباط عجزى عصعصى مقدم، وعجزى عصعصى خلفى، وعجزى عصعصى جانبى، وطبقة غضروفية ليفية بين السطحين المفصليين. فالرباط المقدم اليافه قصيرة ويلتصق بسمحاق الوجه المقدم للعجز والعصعص. والخلفى اليافه مفرطحة لؤلؤية، وهى تسد الجهة السفلى والخلفية للقناة العجزية، والجانبى يصل قرنى العجز بقرنى العصعص من الجهتين. أما الطبقة الغضروفية الخلالية فسميكة وقد يوجد عليها فى أثناء الحمل كيس زلالى يسمح للعجز بأن يتحرك بسهولة.

حركات هذا المفصل مثل الحركات التى تحدث بين فقرات العصعص طفيفة جداً وتحدث الى الامام والوراء ولكنها تزداد مدة الحمل.

(٤) الارتفاق العانى

مفصل ارتفاقى يتكوّن من اتحاد السطحين البيضيين المفصليين للعانة . وأربطته هى العانى المقدم ، والعانى الخلفى ، والعانى العلوى ، والعانى السفلى . وله طبقة غضروفية خلالية .

فالمقدم يتألف من جملة طبقات من ألياف سطحية منحرفة الاتجاه ، ومن ألياف غائرة مستعرضة . والخلفى رقيق . والعلوى يصل العظمين من الأعلى . أما الرباط السفلى ، أو الرباط تحت العانة فيتألف من ألياف غليظة على هيئة مثلث مقوّس ، ويصل عظمى العانة الواحد بالآخر من الأسفل مكوّناً الحد العلوى للقوس العانى . وجانباه يتحدان بفرعى العانة .

أما الطبقة الغضروفية الخلالية فتتألف من قرصين : واحد على كل سطح مفصلى ، ويلتصقان بالعظم بواسطة النتوآت الحلمية الموجودة على العظم . ويغلب أن يوجد بينهما تجويف صغير اكبر فى النساء منه فى الرجال .



الفصل الثالث

﴿ أعضاء التناسل الظاهرة ﴾

أعضاء التناسل الظاهرة عند البكر هى : —

(١) الشفران العظيمان ⎫ موضوعان جانبياً وينبغى تبعيدهما قليلا لرؤية سائر
(٢) الشفران الصغيران ⎭ الاعضاء الظاهرة

ثم من الامام الى الوراء نجد : —

(٣) جبل الزهرة .
(٤) الدهليز محتويًا على البظر وقلفته من الأعلى وعلى الصماخ البولى من الأسفل .
(٥) فتحة المهبل التى يكون معظمها مقفلاً بغشاء البكارة .
(٦) غشاء البكارة .
(٧) الشوكة الفرجية أو المجمع الخلفى الذى بتبعيد حوافه يحدث مع غشاء البكارة :
(٨) الحفرة الزورقية .
(٩) الجلد المغطى للعجان . وهنا يمكننا ذكر الشرج وان لم يكن من أعضاء التناسل .

الشفران العظيمان — هما ثنيتان جلديتان موضوعتان على الجانبين تتصلان فى أعلاهما ولكنهما تتباعدان فى اتجاههما الى أسفل . وسطحهما الظاهر مغطى بشعر عند البالغات ، وهما يحتويان على نسيج خلوى وشحمى ، وأوعية وأعصاب . ويندغم فيهما الرباطان المبرومان . وفى محل اتحادهما من الامام فوق الارتفاق العانى ، يوجد ارتفاع مستدير جلده مغطى بشعر كثيف عند البالغات ، ولكنّ المصريات يزلنه للنظافة . وتحت الجلد يوجد مقدار عظيم من المواد الشحمية ويسمى جبل الزهرة . أما من خلف فلا توجد مواد شحمية ، ويسمى محل تقابلهما بالمجمع الخلفى أو الشوكة الفرجية .

الشفران الصغيران — هما ثنيتان رقيقتان من الجلد ورديتـا اللون موضوعتان داخل الشفرين العظيمين ومحاذيتان لهما تقريباً . وتنشأ كل منهما من الوجه الباطن للشفر العظيم الذى فى وحشيها . وطرفهما العلوى يتفرع الى فرعين فرع علوى وفرع سفلى فالفرع العلوى يصعد الى أعلى البظر وهناك يقابل الفرع المماثل له من الجهة المقابلة مكوّناً لكبود البظر أى قلفته . والفرع السفلى يمر فى أسفل البظر ويقابل مثيله من الجهة المقابلة ويساعد فى تكوين الرباط المعلق للبظر .

البظر — يتكوّن من اجتماع جذرين من نسيج انتصابى يسميان بالجسمين المجوّفين . ينشأ كل منهما من الفرع الوركى والعـانى لجهته . وباتحادهما يكوّنان جسماً مستديراً بارزاً هو البظر الذى ينتهى بارتفاع كثير الاحساس يسمى الحشفـة . والبظر موضوع أمام الارتفاق العانى ومرتبط به بالرباط المعلق للبظر . وفى مصر والسودان يستأصل البظر مع الشفرين الصغيرين فى سن الصغر . ويزاد على ذلك فى السودان انهم يلصقون حافتى الشفرين العظيمين الواحد بالآخر ولا يتركون الاّ مسافة صغيرة فى الجزء السفلى لخروج دم الطمث . وكثيراً ما يحدث ذلك عسراً لخروج رأس الجنين يستلزم فصل الشفرين الواحد عن الآخر جراحياً .

(شكل ١٠ ، اعضاء التناسل الظاهرة عند البكر
(١) الشفران العظيمان . (٢) البظر .
(٣) الشفران الصغيران . (٤) الدهليز .
(٥) الصماخ البولى . (٦) فتحة المهبل .
(٧) غشاء البكارة (٨) الشوكة الفرجية
(٩) الشرج

الدهليز — الدهليز مسافة مثلثة الشكل تتركب من غشاء مخاطى . محدودة من خلف بالحافة المقدمة لفوهة المهبل ، ومن الجانبين بالوجهين الباطنين للشفرين الصغيرين ، وقمة المثلث محدودة بالبظر وكبوده . وقرب القاعدة وعلى الخط المتوسط يوجد الصماخ البولى أو فتحة قناة مجرى البول وهو انبعاج مستدير ، محاط بحافة مرتفعة مغطاة بغشاء مخاطى شكلها غير منتظم وذلك من الانقباض المستمر للألياف العضلية القليلة القريبة منها التى تلتف حول قناة مجرى البول كعضلة عاصرة . والصماخ موضوع على الخط المتوسط ويوجد على جانبيه من الامام فتحة صغيرة لغدة منغرزة فى الطبقة العضلية لقناة مجرى البول تسمى قناة سكين .

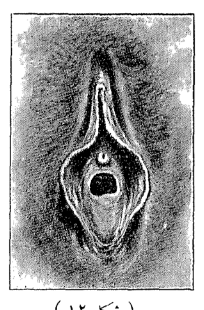
أما قناة مجرى البول عند النساء فطولها ٤ سنتيمترات تقريباً ، وتمتد من عنق المثانة الى الامام والأسفل تحت القوس العانى ، وتنتهى فى الصماخ . وهى محاطة من كل جهاتها ما عدا الوجه الخلفى المنغرز فى جدار المهبل بالعضلة العاصرة لقناة مجرى البول .

غشاء البكارة — غشاء البكارة هو ثنية مركبة من جلد وغشاء مخاطى ، هلالية الشكل متصلة بحافتها المحدبة بالجزء الخلفى والجانبى لفتحة المهبل . أما حافته المقعرة فسائبة ومتجهة الى الامام . وسطحه الظاهر أو السفلى متصل بجلد الفرج وينفصل عن الشوكة من خلف بانبعاج صغير هو الحفرة الزورقية . أما وجهه الباطن أو العلوى فيتكوّن من امتداد الغشاء المخاطى المهبلى الى الامام ، وقد يمكن فى بعض الأحوال أن ترى الثنيات المهبلية ممتدة اليه ويوجد بين طبقتيه بعض ألياف عضلية وأوعية وأعصاب .

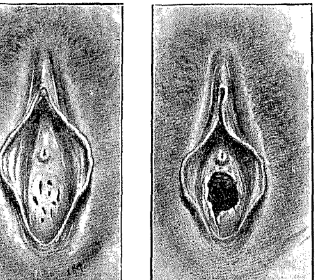
وبوجود غشاء البكارة تصير فتحة المهبل بيضية الشكل قطرها الأطول

متجه من الامام الى خلف . ولا تسمح الا بقبول أنملة الأصبع الصغير. ولكنها تختلف كثيراً فى الحجم والشكل بحسب اختلاف شكل الغشاء .

(شكل ١١)
غشاء حلق

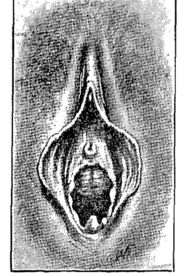


(شكل ١٢)
غشاء بكارة نصف هلالي



(شكل ١٣)
غشاء بكارة بعد الجماع

(شكل ١٤)
غشاء بكارة غربالى



(شكل ١٥)
غشاء البكارة بعد الولادة
وهو يوضح الزوائد الآسية

وفى بعض الأحوال يكون غشاء البكارة غائباً خلقياً . وقد يسد الغشاء فتحة المهبل تماماً ، أو يكون على هيئة حلقة مستديرة لها فتحة مركزية صغيرة ، وقد يكون غربالياً ، أو يكون له فتحتان مفصولتان بحزمة مركزية . كما أن

حافته السائبة قد تكون منتظمة أو مثلَّمة قليلاً . ومن المهم فى الأحوال الطبية الشرعية تمييز هذه الأحوال عن التمزق العارضى لغشاء البكارة. والنقطة المميزة للتثلُّم الطبيعى هو أنه لا يمتد فى كل عمق الغشاء المخاطى ، بل هو تثلُّم سطحى فى الحافة السائبة فقط . وحافاته تكون على استواء واحد ومبطنة بغشاء مخاطى أملس متصل بعضه ببعض . وغشاء البكارة يتمزق من أول جماع ، ولذلك يعتبر المصريون وجوده بحالة سليمة دليلاً على العذروية .

والتمزق الذى يحدث من الجماع يقطع الغشاء بأكمله وتكون حوافيه متقطعة وليست على استواء واحد .

ويكون غشاء البكارة عادة غائباً عند متكررات الولادة ويحل محله اهداب تنشأ عن تمزقه وتسمى بالزوائد الآسية.

(شكل ١٦)
انسداد الجزء السفلى للمهبل الذى يشبه انسداد غشاء البكارة .

وقد يتمزق غشاء البكارة من أسباب أخرى غير الجماع مثل الحركات العضلية الفجائية الشديدة ، ومن الفحص المهبلى ، ومن الوقوع على آلة حادة .

وقد يكون الغشاء مرناً قابلاً للتمدد فلا يتمزق وقت الجماع بل ينطوى

على جدر المهبل . حتى انه قد ذكرت بعض أحوال بقى فيهـا غشاء البكارة سليماً بعد ولادة جنين فى الشهر السابع .

العذرة — اذا رؤى بأن غشاء البكارة سليم تماماً ولا يسمح الاّ بقبول لبابة الأصبع وان حافته منتظمة وليس بها ارتخاء فهذا دليل على أنه لم يحصل جماع . ولكن اذا وجد فى الغشاء تمزقات فى جملة مواضع وكان مرتخياً ومتسعاً بحيث يقبل أصبعاً أو أصبعين بلا ألم فالغالب انه قد حصل جماع . نقول الغالب لأنه قد تحصل التمزقات من أسباب غير الجماع كما أنه قد يحصل الجماع ولا يتمزق الغشاء كما ذكر قبلاً . أما علامات الجماع الحديث فأوضح كثيراً لأن التمزقات فى الغشاء تكون غير ملتئمة ويكون الفرج محمراً ومتورماً وحساساً جداً . وفى أحوال الاغتصاب يجب البحث عن الحيوانات المنوية فى المهبل أو فى البقع التى توجد فى ملابس المريضة .

ولفحص غشاء البكارة تنام المريضة فى الوضع الظهرى ويبعد الساقان ثم يمسك الشفران الكبيران باليد والابهام ويبعدان أحدهما عن الآخر . واذا لم تمكن مشاهدة الغشاء تؤمر المريضة بالحزق .

أنواع العذرة — الشكل الأكثر حصولاً عند البالغة هو الشكل الدائرى وفيه تكون الفوّهة فى الوسط تماماً، ونصف الهلالى وفيه تكون أقرب للحرف العلوى فيكون شكل الغشاء كشكل المنجل، ثم الغشاء المسنن وهو فى الغالب لحمى سميك وينبغى فى الفحص الطبى الشرعى بسطه للتأكد من أنه لم يتمزق كما توهم به ثناياه غير المنتظمة، والغشاء الشبيه بالقمع المنقلب الى الامام وهو يمثل النوع الطفلى، والغشاء ذو الحاجز، والغشاء الغربالى وهو الذى يكون فيه الغشاء جميعه مثقباً بثقوب صغيرة ، والغشاء ذو الأساطين الذى ترى فيـه سماكة على شكل عمد فى الوجه الخلفى لها اتصال بالعمود المهبلى .

الشوكة الفرجية أو المجمع الخلفي — هي عبارة عن اتحاد الطرفين السفليين المستترقين للشفرين العظيمين . واذا جذبنا الشوكة بمشبك تحدث مع غشاء البكارة حفرة تسمى بالحفرة الزورقية لمشابهتها للزورق .

الشرح السابق ينطبق على أعضاء التناسل الظاهرة عند العذراء ولكن يحدث بعض التغيّرات في شكل الأعضاء التناسلية الظاهرة بعد الجماع المتكرر وهي : —

(١) يتمزق غشاء البكارة إما من الوسط أو من أحد الجانبين .

(٢) يرتخي الشفران الصغيران ويتدليان ويبرزان بين الشفرين العظيمين .

(٣) ترسب مواد ملونة بجمنتية فيهما .

أما بعد الولادة فان غشاء البكارة يتمزق حتماً ان لم يكن قد تمزق قبلاً . والشوكة الفرجية تتمزق أيضاً ، وقد يحصل بعض تمزقات أخرى في العجان وحول الصماخ البولي .

أما بعد بلوغ سن اليأس فان الشفرين العظيمين والصغيرين يفقدان موادهما الشحمية ويضمران . والشفران الصغيران يختفيان تحت الشفرين العظيمين . والشعر المغطي للعانة يبيض . وهو يبيض غالباً بعد شيب شعر الرأس . وتزول تكرشات المهبل بسبب ضموره وتضيق قبوته وترتخي فوهته .

الغدد الفرجية — هي غدد دهنية توجد في الشفرين العظيمين والصغيرين وتفرز مواد ذات رائحة .

غدد برتولين — أو الغدتان المهبليتان الفرجيتان — هما غدتان على جانبي فتحة المهبل . لكل جانب غدة ولكل غدة قناة طويلة تفتح على الجهة الجانبية لغشاء البكارة .

الجهاز الانتصابى للمرأة — الأوعية الدموية للفرج كثيرة العدد جداً . وفى بعض جهاته يوجد كثير من الضفائر الوريدية المميزة للأجسام الانتصابية وهذه الجهات موجودة فى : —

(١) الجسمين المجوفين للبظر .

(٢) حشفة البظر .

(٣) البصلتين الدهليزيتين ، وهما كتلتان انتصابيتان فى حجم اللوزة موضوعتان على جانبي فتحة المهبل .

﴿ الأعضاء التناسلية الباطنة ﴾

الرحم ومتعلقاته — اذا فتح البطن نجد أعضاء التناسل الباطنة وعلاقات بعضها مع بعض كما يأتى : نشاهد خلف الارتفاق العانى **المثانة** ، وخلفها قاع الرحم منفصلاً عنها بحفرة تسمى **الحفرة المثانية الرحمية** . ويغطى كلاً من الرحم والمثانة طبقةٌ من البريتون تنعطف على جانبي العضوين الى السطح الباطن للحوض وتكوّن الطبقة المقدمة **للرباط العريض للرحم** . وتحت هذه الطبقة ولكن ظاهراً خلالها تشاهد حافة بارزة من كل جانب ومتجهة الى الوحشية والامام حتى تدخل فى الفتحة الباطنة للقناة الاربية . وهاتان الحافتان هما **الرباطان المبرومان للرحم** . ويخرج من جانبي قاع الرحم أيضاً بوقا فاللوب اللذان يكوّنان الحدين العلويين للرباطين العريضين اللذين يكسياهما وينتهى كل بوق بشرافة تفتح فى التجويف البريتونى .

ويُشاهَد خلف الرحم تجويفٌ عميق يسمى **ردب دوجلاس** . ويُحد هذا التجويف من الامام بالسطح الخلفى للرحم والطبقتان الخلفيتان للرباط العريض . ومن الوراء والجانبين يحده البريتون الكاسى للسطح المقدم

للمستقيم والعجز . ويشاهد المبيض ملتصقاً بالطبقة الخلفية للرباط العريض من كل جهة ومتصلاً بالرحم بالرباط المبروم المبيض .

ويمتد من السطح الخلفي الجانبي للرحم من كل جهة ثنيٌ بريتوني يحتوى على نسيج عضلى متصل بالحافة الجانبية للمستقيم أمام العجز وتسمى هذه الاثناء بالأربطة العجزية الرحمية ، وتقسم التجويف **الرحمى المستقيمى** الى قسمين : علوى يسمى بالتجويف **الرحمى العجزى** ، وسفلى يسمى بالتجويف **المستقيمى المهبلى** أو **ردب دوجلاس الحقيقى** .

وكل محتويات الحوض مغطاة بطبقة بريتونية واحدة ما عدا فتحتى بوقى فاللوب والمبيض . وفى الحالة الطبيعية تملأ الامعاء فراغ الحوض خلف الرحم وأعلاه .

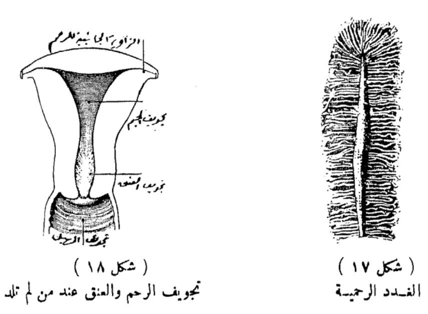
وتختلف علاقة الأعور والمعلقة الدودية فى الجهة اليمنى ، والقولون الحوضى فى الجهة اليسرى ، بأعضاء التناسل وخصوصاً الرحم والمبيض بحسب اختلاف حالة الامعاء من الامتلاء والخلو ، وبحسب طول أربطتها البريتونية وقصرها .

(١) الرحم

الرحم عضو عضلى مجوف كمثرى الشكل ، أغلظه متجـه الى فوق وهو موضوع فى تجويف الحوض بين المثانة والمستقيم . وينقسم الى جسم وعنق ، والجزء العلوى للجسم يسمى بالقاع . وفى محل اتصال الجسم بالعنق فى الجهة الخلفية ميزاب صغير يُسْتَدَلُّ منه على محل الفوهة الباطنة . والرحم مفرطح من الامام الى الوراء ، وسطحه المقدم محدَّب قليلاً وسطحه الخلفى كثير التَحدُّب سواء من أعلى الى أسفل أو من جهة الى أخرى .

وتجويف الرحم عند من لم تلد مثلث الشكل ، وأضلاع المثلث محدبة للباطن وزوايا . تقابل فتحتي البوقين من أعلى ، والفوهة الباطنة للعنق من أسفل . وكل التجويف مغطى بطبقة من الغشاء المخاطي . أما بعد الولادة فيتغير الشكل وتصير أضلاع المثلث اكثر استقامة ويصير التجويف اكثر اتساعاً .

أما تجويف العنق فمغزلي الشكل وله فتحتان عليا وسفلى . فالعليا متصلة بتجويف الرحم وتسمى الفُوَّهة الباطنة، والسفلى متصلة بالمهبل وتسمى الفُوَّهة الظاهرة . والغشاء المخاطي المبطن لتجويف العنق ينثني على نفسه جملة مرات فيعطي للتجويف شكل ريشة الدجاج ، وهذا ما يسمونه بشجرة الحياة .



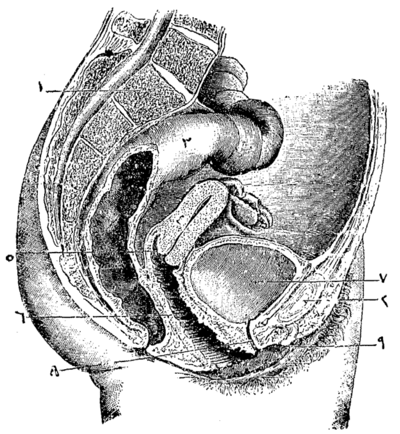
(شكل ١٧)
الغـدد الرحميـة

(شكل ١٨)
تجويف الرحم والعنق عند من لم تلد

والعنق نفسه ينقسم الى قسمين : قسم مهبلي ، وقسم حوضي أو فوق المهبلي . فالقسم البارز في المهبل هو المهبلي ، والقسم الموجود ما بين انعطاف الغشاء المخاطي المهبلي على العنق و بين الفوهة الباطنة هو القسم «الفوق المهبلي» أو الحوضي . والفوهة الظاهرة للعنق هي شق مستعرض قطره ٣ — ٤ مليّمترات عند من لم تلد . اما عند متكررات الولادة فتصير اكثر اتساعاً وقد يبلغ قطرها

سنتيمتراً أو أكثر . والغشاء المخاطى للعنق ينقلب الى الخارج قليلاً .

اقطار الرحم والعنق — طول الرحم والعنق من الظاهر عند من لم تلد ٧ سنتيمترات ونصف . وطول التجويف العمومى ٦ سنتيمترات ونصف ، منها ٤ سنتى طول تجويف الرحم ، وسنتيمتران ونصف طول تجويف العنق . واكبر عرض للرحم هو فى محل اتصال البوقين . واكبر سمك له هو فى منتصفه حيث يبلغ من ٢ الى ٢و٥ سنتى . ووزنه من ٣٠ الى ٤٠ جراماً تقريباً . اما رحم الحامل فعند تمام الحمل يبلغ وزنه من ٧٠٠ جرام الى ١٤٠٠ جرام تقريباً .



(شكل ١٩) — القنوات المخترقة لارضية الحوض

(١) العجز . (٢) العانه . (٣) المستقيم . (٤) الرحم .
(٥) عنق الرحم . (٦) المهبل . (٧) المثانة وهى ممتلئة .
(٨) قناة مجرى البول . (٩) البظر

تركيب الرحم — يتركب الرحم من ثلاث طبقات وهى : —

(١) طبقة مصلية أو پريتونية .

(٢) طبقة عضلية .

(٣) غشاء مخاطى .

اما الطبقة العضلية فتتكوّن من ثلاث طبقات : الأولى سطحية ضفيرية ، والثانيــة غائرة مكوّنة من الياف حلقية ، والثالثة موجودة بين هاتين الطبقتين وتتكوّن من الياف طولية ، السطحية منها تنحنى على هيئة عرى لمرور الألياف الحلقية لعنق الرحم . ولا تتميز هذه الطبقات الا مدة الحمل . اما الطبقة الغشائية فجزؤها المبطن لتجويف الجسم رقيق لا يتجاوز سمكه مليمتراً ولونه وردى ، وسطحه السائب موشح باخلية بشرية اسطوانية الشكل ذات اهداب اهتزازية . ويحتوى هذا الغشاء على غدد قنوية منفتحة على سطحه السائب . اما الجزء المبطن لتجويف العنق فيختلف عن السابق كل الاختلاف . وسطحاه المقدم والخلفى ينعطفان على نفسهمــا مكونين اثنيات على شكل ريشة الدجاج وتسمى شجرة الحياة . ويتركب هــذا الغشاء من خلايا اسطوانية ذات اهداب اهتزازية فى حوافى الثنيات فقط . اما فى الميازيب فالخلايا تكون بلاطية . وغدد العنق عنقودية تفرز مادة غروية ثخينة كبياض البيض . وهذه المادة تتراكم مدة الحمل وتكوّن سدادة سميكة غروية لاصلبة ولارخوة بل بين بين تسد فتحة عنق الرحم ، وتخرج فى ابتداء المخاض على صورة سائل غروى . وقد تُسدّ فتحات هذه الغدد فيتراكم افرازها داخلها فتتمدد وتكوّن حبوباً بارزة تسمى بيض نابوت .

﴿ أربطة الرحم ﴾

للرحم نوعان من الأربطة . النوع الأوّل انعطافات بريتونية وعددها أربعة . والنوع الثانى حزم رباطية .

الانعطافات البريتونية — أما البريتون فيغلف جسم الرحم بتمامه تقريباً فمن الامام ينعطف من المثانة على الوجه المقدم للرحم فى محل اتصال العنق بالجسم . ومن الخلف ينعطف من الجدار الخلفى للرحم وعلى الخمس العلوى للمهبل ومن ثمّ على الجدار المقدم للمستقيم مكوّناً لردب دوجلاس ومن الجانبين ينعطف البريتون على نفسه مكوّناً للرباطين العريضين .

أما الحزم الرباطية فأربعة أزواج : رباط مقدم هو العانى المثانى الرحمى، والرباطان المبرومان ، والرباطان العجزيان الرحميان ، والرباطان الجانبيان أو رباطا ماكنروت .

الرباطان المبرومان — ينشأ كل من الرباطين المبرومين في أسفل القرن الرحمى مباشرة ويسير بانحراف الى الوحشية فى الثنى المقدم للرباط العريض الى أن يصل للفتحة البطنية الباطنة ثم يعبر القناة الاربية ويخرج من الفتحة البطنية الظاهرة ويفقد فى النسيج الخلوى للشفر العظيم . ويتركب من ألياف عضلية ملساء ومن نسيج ليفى . والجزء من الرباط القريب من الرحم أضخم وأقوى من الجزء الوحشى . ويتغذى الرباط المبروم من شريان صغير ينشأ من الجزء العلوى للشريان الرحمى ويتفمم مع شريان صغير آخر ناشىء من الشريان الشراسيفي الغائر .

الاربطة الرحمية العجزية واربطة ماكنروت والاربطة العانية المثانية الرحمية — هذه الأربطة هى ٣ أزواج من حزم ليفية يتخللها بعض ألياف عضلية ملساء

يتخللها بعض ألياف عضلية ملساء موجودة في الصفاق الحوضي الباطن (Endopelvic fascia) تسير في اتجاهات مختلفة .

فالزوج الأول من هذه الحزم يسمى بالرباطين العجزيين الرحميين . وهما ينشآن من الجزء الوحشي للوجه الخلفي للعنق ويتجهان الى الوراء والأعلى مغطيين بانعطاف بريتوني ويندغمان في الجزء العلوي للفقرة الثالثة العجزية وفي أثناء مرورهما على المستقيم تخرج منهما بعض الياف وتندغم على جدره .

أما الزوج الثاني فيتألف من حزم ليفية متينة مكوناً لرباطين جانبيين وينشأ كل منهما من جانب الرحم في أعلى اتصال الجسم بالعنق مباشرة ومن الردب الجانبي للمهبل، ويسير للوحشية في قاع الرباط العريض مصاحباً للشريان الرحمي ، ويندغم بالقرب من الشوكة الوركية ، ويسمى رباط ماكنروت .

أما الزوج الثالث من الحزم فيكون الاربطة العانية المثانية الرحمية وهي أقل الأربطة في الأهمية ، وتنشأ من الوجه المقدم للعنق وتندغم على جانبي المثانة وعلى العظمين العانيين .

الرباطان العريضان — هما انعطافان بريتونيان يمران من جانبي الرحم الى الجدارين الجانبيين للحوض مكونين لحاجز ذي ثلاثة اثناء يقسم الحوض الى قسمين : قسم مقدم ويحتوي على المثانة وقناة مجرى البول والمهبل ، وقسم خلفي ويحتوي على المستقيم . وبين ورقتي كلٍّ من الرباطين العريضين توجد الانسجة الآتية : —

(١) البوقان في الثنية العليا وهي المتوسطة (٢) الرباطان المبرومان في الثنية المقدمة (٣) المبيضان واربطتهما في الثنية الخلفية (٤) النسيج خارج المبيض (٥) الحالب — ويكون ملتصقاً بالطبقة الخلفية للرباط العريض حالة نزوله في تجويف الحوض بعد أن يتقاطع مع الشريان الحرقفي

المشترك . وحين يصل الى قاعدة الرباط العريض يتجه الى الامام والانسية ، محفوظاً فى غلاف ليفى مخصوص ويمر بجانب الجزء فوق المهبلى للعنق على بعد سنتيمتر ونصف منه أسفل الأوعية الرحمية ، وينتهى فى المثانة (٦) نسيج خلوى (٧) الياف عضلية غير مخططة (٨) الپاروڤاريوم والپاروڤرون وكيس مورجانى .

وبين شرابة البوق والحافة السفلى للرباط العريض توجد حافة مدوّرة مقعرة تسمى بالرباط القمعى الحوضى .

الباروفاريوم أو (عضو روزنمولر) — وهو سلسلة أنابيب منسدة من بقايا نسيج جنينى تتقارب بعضها من بعض فى جهة المبيض وتتحد فى نهاياتها العليا بقناة طولية هى بقايا قناة مجانسة لقناة جارتنر فى البقرة . ويتحد الباروڤاريوم فى نهايته من جهة الرحم ببقايا قناة ولف .

كيس مورجانى — وهو حويصلة تتخلف عن بقايا من **قنوات ولف** وترى فى حالة وجودها متحدة بالشرافات .

البارورفورون - وهى أيضاً بقايا أنابيب منسدة موضوعة بالقرب من الرحم .

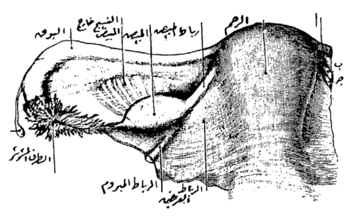
خواص الرحم — للرحم أربعة خواص : الاحساس والانقباض والتمدد والمرونة أو الانكماش . فالاحساس والانقباض لا يظهران بوضوح الاّ فى أواخر الحمل، ويعرفان حينئذٍ بالطلق . والانقباض يحصل متقطعاً مدة الحمل . وخاصية التمدد تظهر طول مـدة الحمل . أما الانكماش فلا يظهر الاّ مدة الولادة والنفاس .

اختلافات شكل الرحم بحسب العمر — يكون العنق عند الأطفال أطول من الجسم، والفوهة الباطنة غير واضحة الحدود . وتكون شجرة الحياة ممتدة داخل تجويف العنق والجسم معاً، وتكون الطبقة العضلية شبيهة بنسيج

اسفنجي انتصابي مكوّن من جيوب دموية . أما عند متقدمات السن فان الرحم والعنق يضمران وتحصل لهما استحالة ليفية .

﴿ متعلقات الرحم ﴾

متعلقات الرحم هي البوقان ، والمبيضان وأربطتهما ، وهي موضوعة بهذا الترتيب : من الامام الرباطان المبرومان ثم البوقان ويشغلان الحافة العليا للرباطين العريضين ثم المبيض وأربطته في الثنية الخلفية



(شكل ٢٠) الوجه الخلفي للرحم ومتعلقاته ا ب ج تشير لمتعلقات الجهة المقابلة

البوقان — البوق قناة تصل تجويف الرحم بتجويف البريتون ومعد لنقل البويضة ، ولمرور الجراثيم المنوية . وهو موجود في الحافة العليا للرباط العريض ويمتد من الزاوية العليا للرحم الى جانب الحوض وطوله ١٠ سنتيمترات تقريباً — وينقسم الى ثلاثة أقسام : (١) انسي ضيق القطر لا يكاد يسع شعرة الخنوص ويسمى بالبرزخ . و (٢) متوسط متسع ينعطف على المبيض . و (٣) وحشي يسمى صيوان البوق شكله قمعي قمته نحو القناة ، ودائرته سائبة في تجويف البريتون ، وموشحة بشرّابات . ثم ان احدى شراباته محفورة كالميزاب ومتصلة بالمبيض .

التركيب — يتركب البوق من ثلاث طبقات : طبقة مصلية بريتونية

وطبقة عضلية ، وغشاء مخاطى . فالظاهرة هى البريتونية ، والمتوسطة هى العضلية وتتألف من طبقتين عضليتين الباطنة حلقية والظاهرة طولية . أما الطبقة الباطنة للبوق فهى الغشائية وتتركب من غشاء مخاطى مغطى ببشرة اخليتها اسطوانية موشحة باهداب اهتزازية ومكوّنة لثنيات مستطيلة ممتدة من الصيوان الى تجويف الرحم .

﴿ المبيض ﴾

المبيض — عضو بيضى الشكل موضوع على جانب الرحم فى الجهة الخلفية للرباط العريض وظيفته انتاج البويضات للتناسل وأفراز الأفرازات الباطنية التى تؤثر ليس على الأعضاء التناسلية فقط بل على نظام النمو العام لسائر الجسم .

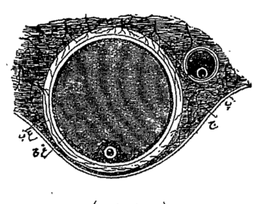
ويبلغ طول المبيض نحو ثلاثة سنتيمترات ونصف وسمكه نحو سنتيمتر ونصف . وهو مفرطح من الجانبين وسطحه خشن متكرش عند البالغ نتيجة انكماش ندب التحام حويصلات جراف التى أنفجرت . والمبيضان موضوعان على جانبى الحوض فى انبعاجات بريتونية مخصوصة تسمى بالحفر المبيضية . والحافة المقدمة للمبيض متحدة بالطبقة الخلفية للرباط العريض بواسطة ثنية بريتونية قصيرة . وفى هذه الحافة توجد فرجة المبيض التى تدخل فيها الأوعية والأعصاب المبيضية وتسمى هذه الثنية البريتونية بالرباط المساريقى للمبيض والقطب الأسفل الأنسى للمبيض متصل بالرحم بواسطة رباط مبروم يسمى بالرباط المبروم للمبيض كما أن الشرافة البوقية الطويلة تكون متصلة بالقطب العلوى. والرباط المساريقى المبيضى ينعدم فى هذه النقطة باتحاده مع الرباط القمعى الحوضى .

تركيبه — يتركب المبيض من كمية كبيرة من حويصلات جراف محاطة بغلاف ومغطاة بطبقة مصلية بريتونية

الطبقة المصلية — الطبقة المصلية تنشأ من البريتون ولكنها تختلف عنه بأنها مغطاة بطبقة واحدة من الخلايا الاسطوانية بدلاً من البشرة المخاطية التي تغطي سائر البريتون. وتسمى هذه الطبقة بالقشرة الجرثومية أو المحفظة.

الغلاف — هو نسيج لين كثير الأوعية يتألف على الاكثر من خلايا مغزلية ونسيج خام. وعلى سطح المبيض يتكاثف هذا النسيج، ويحدث ما يسمونه بالطبقة الزلالية.

حويصلات جراف — اذا قطعنا المبيض نجد فيه حويصلات عديدة مستديرة شفافة مختلفة الحجم. هذه هي الحويصلات التي تحتوي على البويضات، وتسمى حويصلات جراف. ويوجد تحت غطاء المبيض السطحي مباشرة غلاف يحتوي على عدد عظيم من حريصلات دقيقة



(شكل ٢١)

حويصلتان من حويصلات جراف مختلفتا الحجم ومقطوعتان عموديا (ب) الطبقة البريتونية المنوعة (ج) الطبقه الجرهرية للمبيض (غ ج) الغشاء الجرثومي (غ ب) الغلاف اللبفي والغلاف الباطن.

جداً يبلغ قطرها ربع ملليمتر هي حويصلات جراف في بدء نموها. والطبقة التي تحتوي عليها تسمى بالطبقة القشرية. وهذه الحويصلات تكون كثيرة جداً في الطفلات قليلة عند البالغات. وكلما اتجهنا للخارج ازداد حجم حويصلات جراف، على انها لا توجد في الطبقة الجوهرية حيث تدخل الاوعية المغذية للرحم. وتتركب حويصلة جراف من طبقة ظاهرة ليفية وعائية تتصل بغلاف المبيض بشبكة اوعية، ومن طبقة باطنة مبطنة بخلايا

ذات نواة تسمى بالغشاء المحبب . أما السائل الذي فى داخل الحويصلة فزلالى شفاف وفيه تُعلَّق البويضة . وفى الجزء الأقرب لسطح المبيض فى حويصلة جراف التامة النمو تتكاثف الخلايا المكونة للغشاء المحبب وتبرز فى تجويف الحويصلة ، مكونة لما يسمى بالقرص . ونمو حويصلات جراف يستمر بدون انقطاع من البلوغ الى سن اليأس . وقبل البلوغ تكون هذه الحويصلات صغيرة ومحاطة بغلاف سميك . وكثير منها لا يتم تكوينه بل هى تضمر وتمتص لأن بويضاتها غير صالحة للتلقيح .

خروج البويضة - كلما نمت حويصلة جراف اقتربت من سطح المبيض ثم ينتهى الامر بتمزق اغشيتها وخروج السائل مصحوباً بالبويضة الى سطح المبيض فيتلقاها صيوان البوق . وهذه هى ظاهرة البيض . فاذا لم تتلقح البيضة زالت بالذوبان والامتصاص اثناء مرورها فى البوق .

الجسم الاصفر — تتمزق حويصلة جراف على الأغلب فى بداءة الطمث ، ويساعد على تمزقها الاحتقان الذى يكون فى الاعضاء الحوضية وقتئذ . وبعد تمزق البويضة تنكمش جدرانها وتلاصق بعضها بعضاً . ولما كانت الطبقة الباطنة اقل مرونة من الطبقة الظاهرة فهى تنطوى على نفسها مكوّنة لجملة ثنيات . ثم أن خلايا الغشاء المحبب تتضاعف وتملأ تدريجياً باطن الحويصلة والتجويف الذى نشأ على سطح المبيض من تمزقها . وجزء صغير من المسافة التى نشأت من تمزق الحويصله تملأوه كتلة دموية صغيرة تكون قد انسكبت فيها وقت التمزق . وفى الوقت نفسه تكون بعض اوعية صغيرة مصحوبة بنسيج ليفى آخذة فى النمو من الطبقة الباطنة للغشاء الفاصل وتأخذ فى الاتجاه نحو مركز الحويصلة . ومجموع هذه المنسوجات المؤلف من الكتلة الدموية والخلايا

البشرية المتضاعفة والاوعية الصغيرة والنسيج الليفى يسمى بالجسم الأصفر . وسبب هذه التسمية هو وجود بعض مواد صفراء داخل الخلايا.

ويستمر النمو فى باطن الجسم الأصفر مدة ثلاثة أسابيع ، ثم يقف وتبدأ الخلايا فى الاستحالة الى فضلات صفراء بينما يكون النسيج الليفى آخذاً فى الامتداد الى الباطن حتى ينتهى الأمر بوصوله الى مركز الحويصلة . ثم أن الفضلات الصفراء تأخذ فى الامتصاص. وبعد مضى نحو شهرين من تاريخ تمزق الحويصلة لا يبقى من الجسم الأصفر الآ ندبة التحام .

(شكل ٢٢)

يوضح كيفية تكوّن الجسم الاصفر . فحرف (أ) يشير الى تجويف الحويصلة مملوءاً بالدم (ب) و (حـ) يشيران الى التناقص الذى يحصل للكتلة والتضاعف الذى يحصل للخلايا البشرية (ى) ، (هـ) ، (و) تشير الى الاستحالة التي تحصل للكتلة وتكوّن الفضلات الصفراء ثم امتصاصها وعدم بقاء شيء منها سوى اثر التحام .

هذا هو الذى يحصل عادة اذا لم تتلقح البويضة . أما اذا تلقحت فان الجسم الأصفر يكبر حجمه ويستمر فى النمو الى الشهر الثالث أو الرابع وتصير جدره أسمك ولونه أشد اصفراراً . ثم ان الامتصاص يحصل ببطء شديد حتى أنه فى نهاية الحمل يبقى طول قطره متراوحاً بين ٨ و١٠ ملليمترات .

أما وظيفة الجسم الأصفر فهى تحضير افراز باطنى له جملة خواص منها حفظ سلامة البويضة ونموها مدة الحمل .

﴿ المهبل ﴾

هو شق مستعرض مواز لمستوى المضيق العلوى للحوض ، موضوع بين المثانة من الأمام والمستقيم والعجان من الوراء ، وممتد من الفرج الى الرحم .

وتتميز له حافتان جانبيتان ، وطرفان علوى وسفلى ، وجداران مقدم وخلفى . والجداران يلامس أحدهما الآخر فى الحالة العادية . والطرف العلوى للمهبل يندغم حول عنق الرحم . فيندغم الجدار المقـدم فى محاذاة اجتماع الثلث السفلى للعنق بثلثه المتوسط ، ويندغم الخلفى فى أعلى ذلك أى فى محاذاة اجتماع ثلثه المتوسط بالعلوى ، ولذلك كان أطول من المقدم بسنتيمترين . ومن هذه الأندغامات تتكوّن ردوب مهبلية اثنان منها جانبيان ، وواحد مقدم ، وواحد خلفى والخلفى منها اكثرها غوراً .

وطول الجدار المقدم للمهبل ٥ سنتيميرات وطول الجدار الخلفى ٧ سنتيمترات ولكن عند أدخال منظار أو أية آلة أخرى فى المهبل يستطيل الجداران حتى يبلغا ضعفى طولها . والمهبل أعلاه اكثر أتساعاً من أسفله .

علاقته بالاجزاء المجاورة — الوجه المقدم للمهبل ملاصق لقاع المثانه وقناة مجرى البول . والوجه الخلفى تتصل ثلاثة أرباعه السفلى بالجدار المقدم للمستقيم . أما الربع العلوى فينفصل عن المستقيم بالأنعطاف البريتونى المسمى ردب دوجلاس . ويتصل بجانبي المهبل من الأعلى الرباطان العريضان ومن الأسفل العضلتان الرافعتان للشرج .

التركيب — يتركب المهبل من غشاء مخاطى مبطن له ومن طبقة عضلية بينها وبين الغشاء المخاطى طبقة نسيج انتصابى .

والغشاء المخاطى متصل من الأعلى بالغشاء المبطن للرحم . ويوجد على وجهه الباطن من الوسط بروزان احدهما من الأمام والآخر من الوراء يسميان بالعمودين المهبليين ، ينتهى المقـدم منهما خلف الصماخ البولى بجزء اكثر بروزاً يسمى بالبصلة المهبلية . وعلى جانبي عمود المهبل يتجعّد الغشاء المخاطى على هيئة ثنيات مستعرضة تكون كثيرة الوضوح كلما قربت من الفرج . وهذه

الثنيات يزداد عددها مـدة الحمل وفائدتها انها تسمح للمهبل بالتمدد وقت تخليص الجنين .

أما الطبقة العضلية فتتألف من طبقتين : طبقـة ظاهرة طولية وهى الأقوى وطبقة باطنة حلقية . والطولية متصلة بالألياف السطحيـة للرحم . وخلاف هذه الألياف يحاط المهبل فى جزءه السفلى بحزمة الياف عضلية مخططة تسمى بالعاصرة المهبلية .

والطبقة العضلية محاطة من الخارج بطبقة من النسيج الخلوى تحتوى على أوعية كثيرة .

التغذية الدموية واللمفاوية والعصبية لاعضاء التناسل .

الشرايين — تتغذى أعضاء التناسل الظاهرة من الشريان الحيائى الظاهر وهو فرع من الفخذى ، ومن الشريان الحيائى الباطن وهو فرع من الجزع المقدم للحرقفى الباطن . ويخرج الشريان الحيائى الباطن من الحوض خلال الثقب العظيم الوركى بين العضلة الهرمية والعضلة العصعصية ، ويكون مرتكزاً فى الالية على السطح الظاهر للشوكة الوركية تحت العضلة العظيمة الالية . ثم يتجه الى الأمام ويدخل العجان خلال الثقب الصغير الوركى . ويكون فى الحفرة الوركية المستقيمة مرتكزاً على جدارها الوحشى فيما يسمى بقناة الكوك . ويعطى عدة فروع لتغذية العضلات والأنسجة الموجودة فى الجزء المقدم للعجان ، وهى الشريان المستعرض العجانى ، والعجانى السطحى ، وشريان عضلة البظر ، والشريان الظهرى للبظر . ويغذى الشريان الحيائى الظاهر كلا من جبل الزهرة والشفرين العظيمين .

أما أعضاء التناسل الباطنة فتتغذى أولاً من الشريانين المبيضيين اللذين

ينشآن من الأورطى البطنية ومن الشريانين الرحميين وهما فرعان من الجذع المقدم للحرقفى الباطن . ويصل الشريان المبيضى الى الرباط العريض مجتازاً الرباط القمعى الحوضى وينتهى فى فرجه المبيض ، ويعطى فروعاً تغذى المبيض والبوق والرباط المبروم . وتتفمم فروعه مع فروع الشريان الرحمى .

وينشأ الشريان الرحمى من الجذع المقدم للشريان الحرقفى الباطن ويعطى أفرعاً للعنق وأحياناً للمبهل . ويتكوّن من هذه الأفرع الشريان التوأمى للمبهل على جدارية المقدم والخلفى . واذا تتبعنا الشريان الرحمى نجده يصعد على جانب الرحم متعرجاً تعرجاً شديداً يشبه تعرجات البرغى ماراً بين طبقات الرباط العريض ومعطياً فروعا كبيرة أثناء مروره تخترق نسيج الرحم.

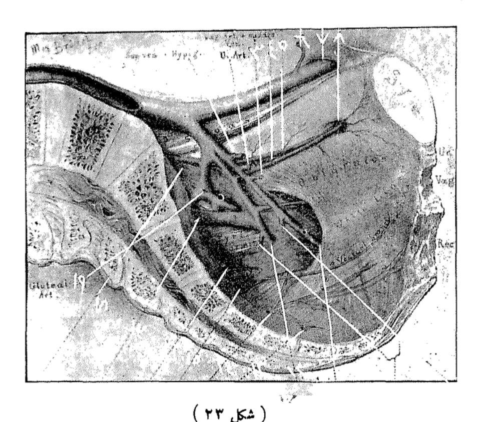
أما المهبل فيغذى فى بعض الأحوال من فروع شريانية مخصوصة تنشأ أحياناً من الحرقفى الباطن . ويصله دائماً فروع شريانية من الشريان الرحمى وجزؤه السفلى يتغذى من نهايات الشريان الحيائى الباطن .

الاوردة — تحد أوردة الحوض بعضها مع بعض على شكل ضفائر قبل أن تصب فى الجذوع الكبيرة . أما أوردة الفرج فتصب فى الوريد الحيائى ومنه الى الوريد الحرقفى الباطن .

والأوردة التى تخرج من البظر وبصلة الدهليز تحد بالضفيرتين المثانية والمهبلية . والضفيرة المثانية تكون موجودة على جدر المثانة وحشى الطبقة العضلية وتكون ظاهرة حوالى فتحة الحالبين .

والضفيرة المهبلية تكون موضوعة على جدار المهبل وحشى الطبقة العضلية وتتفمم مع الضفائر البواسيرية والمثانية . وتصب هذه الضفائر الثلاث فى الوريد الحرقفى الباطن الذى يصب فى الوريد الحرقفي المشترك الذى يصب نهائياً فى الأجوف السفلى .

أما الضفيرة الرحمية فتوافق فروع الشريان الرحمى ماعدا داخل نسيج الرحم حيث تتكوّن الجيوب الدموية . ويصب الجزء العلوى من هذه الضفيرة بعد اتحاده بالضفيرة المبيضية فى الأوردة المبيضية التى تصب فى الأجوف السفلى أو الوريد الكلوى . والجزء السفلى يتكوّن منهُ الوريد الرحمى الذى يصب فى الحرقفى الباطن.



(شكل ٢٣)

قطاع سهمى للحوض يوضح الأوعية والاعصاب الحوضية (كلى)

١ — الشريان المثانى العلوى والشراسيفى
٢ — الشريان الرحمى
٣ — الشريان المهبلى المثانى المتوسط
٤ — الشريان الساد
٥ — العصب الساد
٦ — الشريان الخثلى الغائر
٨ — الفتحة الباطنة البطنية
٩ — الشريان المغذى للمهبل وقناة مجري البول
١٠ — الشريان الباسورى المتوسط
١١ — الشريان الحيائى
١٢ — الشريان الوركى
١٣ — العصب الوركى الخامس
١٤ — العصب الوركى الرابع
١٥ — العصب الوركى الثالث
١٦ — العصب الوركى الثانى
١٧ — العصب الوركى الاول
١٨ — الضفيرة الوركية القطنية
١٩ — الشريان الالي

أما الأوردة الآتية من المبيضين والبوقين فتصب فى الوريدين المبيضيين اللذين يصب أيمنهما فى الأجوف السفلى وأيسرهما فى الوريد الكلوى.

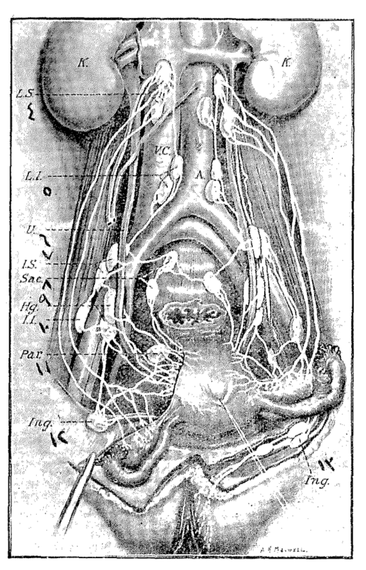
الاوعية اللمفاوية — الأوعية اللمفاوية للأعضاء التناسلية الباطنة عر أكثرها فى عقد لمفاوية غائرة. والقسم الأول من هذه العقد وهو الحلقة الحرقفية الباطنة أو الخثلية يتألف من مجموعتين — العليا منها موضوعة على الجدار الجانبى للحوض فى الزاوية المكونة من تشعب الشريان الحرقفى الباطن (انظر شكل ٢٤)، والسفلى موضوعة أسفلها على محاذاة الشريان الرحمى. والقسم الثانى من هذه العقد هو الحلقة القطنية الموجودة فى الجزء السفلى للأورطى البطنى والأجوف السفلى، ويتألف من مجموعة سفلى ومجموعة عليا (انظر شكل ٢٤).

وهناك أيضاً عقد عميقة غير هذه هى المجموعة العجزية، وكذلك عقدة أو اثنتان واقعتان بين المستقيم والمهبل. أما العقد السطحية الوحيدة التى تصل اليها الأوعية اللمفاوية للأعضاء التناسلية فهى القسم العلوى من الغدد الأربية السطحية الموجودة فى الاربية. ومن هذا يتضح لنا السبب فى ان العقد الأربية يندر أن تلتهب وتتضخم الا فى أمراض الأعضاء التناسلية الظاهرة.

أما الأوعية اللمفاوية للمبيضين والبوقين فتمر فى الرباطين العريضين وتتجه الى الأعلى على حافة الحوض أمام الحالبين لتتحد نهائياً بالعقد القطنية.

أما الأوعية اللمفاوية لقاع الرحم ولقسمه العلوى فتنضم مع بعضها مكوّنة لوعائين كبيرين يمران الى الوحشية فى أسفل المبيض ثم يسيران مع أوعية المبيض اللمفاوية ويتحدان بالعقد القطنية (انظر شكل ٢٤). ويخرج أيضاً من قاع الرحم وعاء لمفاوى صغير ويدخل الرباط المبروم ويسير معه حتى يخرج من الفتحة الباطنة البطنية لينضم الى المجموعة العليا من العقد الأربية الظاهرة.

أما أوعية العنق اللمفاوية فتنضم بعضها الى بعض مكونة لثلاثة أو اربعة أوعية كبيرة تمر الى الوحشية فى الجزء السفلى للرباط العريض وتتحد بالمجموعة العليا من العقد الحرقفية الباطنة (انظر شكل ٢٤) وقبل وصولها الى هذه المجموعة



(شكل ٢٤) الاوعية اللمفاوية لاعضاء تناسل المرأة

K ١ — كلية	٨ — العقد العجزية
A ٢ — الاورطى	٩ — العقد الخثلية
V.C ٣ — الاجوف السفلى	١٠ — العقد الحرقفية السفلى
٤ — العقد القطنية العليا	١١ عقدة فى النسيج الخلوى للرباط العريض
٥ — العقد القطنية السفلى	١٢ — عقد اربية
٦ — الحالب	١٣ — عقد اربية
٧ — العقد الحرقفية العليا	

تمر بعقدة صغيرة موضوعة فى قاع الرباط العريض على محاذاة اتصال العنق بالمهبل (رقم ١١ شكل ٢٤) . ويمر وعاء لمفاوى صغير فى الرباط العجزى الرحمى ويتحد بالعقد العجزية .

أما الأوعية اللمفاوية المهبلية فتتألف من ثلاث مجموعات — العليا منها تتحد بالعقد الحرقفية الباطنة العليا والسفلى والمتوسطة والسفلى تتحدان بالعقد الحرقفية الباطنة السفلى .

أما الأوعية الفرجية وأوعية غشاء البكارة فتمر كلها الى المجموعة العليا للحلقة الاربية السطحية . والأوعية اللمفاوية لكل من جهتى الفرج تنضم مع امثالها من الجهة المقابلة . ولهذا السبب يكثر أن يلتهب وتتقيح غدد الاربيتين ولو كان المرض فى احد جانبى الفرج فقط .

الاعصاب - تتغذى أعضاء التناسل الباطنة من الأعصاب السمباتوية بالطريقة الآتية : —

الضفيرة المبيضية — تنشأ من الضفيرة الأورطيـة وتلازم الشريانين المبيضيين حتى الرباطين العريضين ، وهناك تتوزع فى المبيضين والبوقين والرباطين العريضين . وتتحد هناك مع الضفيرة الرحمية التى تنشأ من الضفيرة الحوضية . وهذه تنشأ أيضاً من الضفيرة الحرقفيـة الناشئة من الضفيرة الأورطية والضفيرة الرحمية .

الضفيرة المهبلية -- تنشأ أيضاً من الضفيرة الحوضية وتغذى جدرانه وغشاءه المخاطي وقناة مجرى البول وتتحد بالضفيرة الكهفية للبظر وبصلتيه .

ويلاحظ أن هذه الضفائر ليست سمباتوية صرفاً بل تتخللها أعصاب نخاعية صادرة من الأعصاب العجزية وغيرها . ولذلك فان الوجع الناشىء عن أمراض هذه الأحشاء الباطنة يكون مصحوباً بألم فى مساحة متسعة من

الجلد — وتحد الضفيرة المبيضية بالأعصاب الصادرة من الزوج العاشر الظهرى النخاعى. أما الضفيرة الحوضية فمتصلة بالأعصاب العجزية النخاعية.

أما العجان فانه يغذى بالعصب الحيائى الذى ينشأ من الثانى والثالث والرابع العجزيين كما أن العصب الحرقفى الأربى يغذى أيضاً جبل الزهرة والشفرين العظيمين. أما الفخذى التناسلى فيغذى الرباط المبروم داخل القناة الأربية.

﴿ فرش الحوض وعضلاته ﴾

تهم المولّدَ جداً معرفة الأجزاء الرخوة التى تسد المضيق السفلى وتكوّن أرضية الحوض. وذلك لأنها لا تكوّن فقط الجدار السفلى للتجويف البطنى العمومى متحملة ضغط الأحشاء البطنية الى أسفل، بل تكوّن أيضاً الحدود الحقيقية للجزء السفلى للقناة التى يمر منها الجنين اثناء الولادة. وبوجودها تسبب قُصراً فى أقطار هذه القناة.

ويطلق عادة على جميع الأجزاء الرخوة التى تسد المضيق السفلى اسم « فرش الحوض » وهى تنقسم تشريحياً الى قسمين : —

(١) الأنسجة الموضوعة سطحياً أسفل الحجاب الحاجز الحوضى مكوّنة للعجان.

(٢) الحجاب الحاجز الحوضى. وهو حاجز عضلى يسد تجويف الحوض ويقسمه الى قسمين : علوى بطنى، وسفلى عجانى.

العجان

هو مسافة معينية الشكل محدودة بالأنسجة التى تحيط بالمضيق السفلى للحوض. وينقسم الى مثلثين : خلفى مستقيمى، ومقدم تناسلى بولى بواسطة

خط يمتـد ما بين الحدبتين الوركيتين ماراً أمام الشرج مباشرة . فالمثلث المستقيمى يحتوى على فتحة الشرج ، والجزء السفلى من المستقيم الذى يُحد من الجانبين بالحفرة الوركية المستقيمة المملوءة بكتلة كبيرة شحمية . وفى حالة الوقوف تكون فتحة الشرج متجهة اتجاهاً أفقياً الى الوراء . وتنفصل عن العصعص بالجسم العصعصى الشرجى ، وهو كتلة كثيفة من نسيج خلوى تمر فيها من الجهة العليا بعض الياف من العضلة الرافعة الشرجية . وتنفصل فتحة الشرج عن المهبل من الأمام بمسافة أسفينية الشكل . هى جسم العجان ويمتد فى هذا الجسم من الأعلى الجدار المقـدم للمستقيم والخلفى للمهبل مع بعض الياف من العضلة الرافعة الشرجية من الجانبين .

وينشأ من هذا المثلث جملة الياف وترية لكثير من العضلات السطحية للعجان بينما الألياف نفسها تتحد مع بعضها بعضاً فى محل نشأتها مكونة لكتلة وترية تسمى بالعضرد المتوسط للعجان أو النقطة المركزية له .

أما المثلث التناسلى البولى فيسمى بالعجان الحقيقى أو عجان الولادة . ويحتوى على فتحتى قناة مجرى البول والمهبل .

وهو ينقسم بالرباط المثلث الى طبقتين : سطحية ، وغائرة . وهذا الرّباط يملأ القوس العانى ويتصل من جهتيه بالفرع النازل للعانة ، والصاعد للورك . أما من خلف فينتهى بحافة سائبة تمتد الى جسم العجان وهو مثقوب بفتحتى قناة مجرى البول والمهبل اللذين يتقويان بمرورهما فيه .

عضلات الحوض — أما عضلات الحوض فمن الممكن تشريحها وتجريدها بسهولة . وهى مغلفة بالصفاق الحوضى وبعضها متحد به، وأحياناً يكون هو الفاصل بينها كما هو الحال فى العضلة السادة الباطنة والرافعة الشرج. والعضلات والصفاقات الموجودة فى أرضية الحوض لها أهمية عظمى من الوجة الأكلينيكية

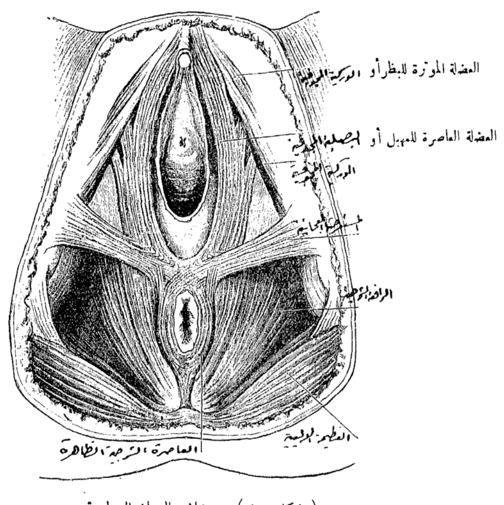
لأن على سلامتها يتوقف حفظ أعضاء التناسل فى وضعها الطبيعى . وكل العمليات التى تعمل لرد الأوضاع المعيبة للرحم لا يمكن تفهمهـا الاً بمعرفة تشريح هذه العضلات .

اذا رفع الجلد من العجان وكذلك الصفاق العجانى السطحى تنكشف عضلات العجان . ويلاحظ انه مسافة معينية الشكل ، منقسمة فى الوسط الى مثلثين: مقدم، وخلفى بواسطة العضلتين المستعرضتين العجانيتين. وتنشأ كل من هذه العضلات من السطح المقدم والباطن للحدبة الوركية وتندغم فى العضرد المتوسط للعجان .

أما العضلة العاصرة للشرج الظاهرة ، والعضلة العاصرة لفتحة المهبل فتتحدان فى العضرد المتوسط للعجان . والأولى تنشأ من قمة العصعص ومن عضرد العجان ، وبعد أن تحيط بفتحة الشرج تمتزج بالعضلتين المستعرضتين العجانيتين . والثانية بعد ان تنشأ من العضرد المتوسط للعجان وتحيط بفتحة المهبل تندغم فى جذرى البظر فى نقطة اتحادهما . أما العضلات الموتّرة للبظر فاثنتان : واحدة على كل جانب . وتكسو كل منهما جذر البظر . وتنشأ من المسافة المتوسطة للفرع الصاعد للورك والنازل للعانة ، وتندغم فى جذر البظر . ووظيفة هذه العضلات الثلاث الأخيرة توتير البظر عند الجماع .

أما الصفاق العجانى الذى يرفع لكشف العضلات السابقة الذكر فهو سميك، ويتحد من الأمام بالصفاق المغطى للشفرين العظيمين وجبل الزهرة . ومن الوراء يمر تحت العضلتين المستعرضتين للعجان . وخلف ذلك يغطى العضلة الرافعة للشرج ويكسو الحفرة الوركية المستقيمية ثم يمتد الى العضلات الأليية. واذا رفعت العضلات السابقة الذكر نشاهد المسافة المحدودة من الجانبين بالفروع النازلة للعانة والمكونة قاعدتها من العضلتين المستعرضتين للعجان ،

وأرضيتها من الصفاق العجانى الغائر الذى يغطى العضلة العاصرة لقناة مجرى البول . ويمر الوريد الظهرى للبظر على سطح هذا الصفاق، وتخترقه ايضاً قناة مجرى البول والمهبل .



(شكل ٢٥)   عضلات العجان السطحية

ثم يلاحظ أن البظر مكوّن من جذرين ينشأ كل منهما من الأفرع العانية ومن كتلتين انتصابيتين يحدان فتحة المهبل من كل جهة ، ويسميان **بصلتى الدهليز**. وتكونان مغطاتين بالعضلة العاصرة لفتحة المهبل. وتّحد هاتان العضلتان أمام فتحة المهبل لتكوّنا الكتلة المتوسطة التى باتحادها مع جذرى البظر تكوّن جسم البظر، والتى بانتفاخها فى نهايتها تكوّن حشفة البظر .

الحجاب الحاجز الحوضى — العضلات التى لها علاقة بأعضاء التناسل هى

العضلة الرافعة للشرج بأقسامها الثلاثة: العانية العصعصية، والحرقفية العصعصية والوركية العصعصية التى تسمى أحياناً بالعضلة العصعصية . وهذه العضلات الثلاث أو بالأحرى الأجزاء الثلاثة مغطاة بالصفاق الحوضى من سطحها الحوضى . وهى تكوّن أرضية الحوض .

وتنشأ العضلة الرافعة للشرج — أولاً — من السطح الباطن لجسم العانة ومن الصفاق المجاور لها — ثانياً — من الصفاق المغطى للعضلة السادة الباطنة على خط ممتد من الحافة الوحشية لجسم العانة الى الشوكة الوركية . ويسمى هذا الخط بالخط الأبيض — وثالثاً — من السطح الحوضى للشوكة الوركية . وتتجه الألياف من هذه المناشىء الثلاثة الى الأسفل والانسية وتتحد بجدر المهبل من الامام وتحيط بها حتى قاعدة المثانة . ومن خلف تحيط القناة المستقيمية بنفس الصفة التى اندغمت بها على جدر المهبل . و بين هاتين القناتين تتحد العضلتان معاً فى العضرد المتوسط بين فتحة الشرج والعصعص مكونتين لحجاب حاجز سفلى .

وعلى ذلك يلاحظ ان ارضية الحوض تكوّن من فوق ، من اجزاء العضلة الرافعة للشرج المغطاة بالصفاق الحوضى ، ومن العضلة العاصرة لقناة مجرى البول . أما من اسفل، ومن السطح العجانى فأرضيته مكوّنة من العضلة الرافعة للشرج ، والعاصرة لقناة مجرى البول ، ومن الصفاق المغطى لسطحها الأسفل ، ومن عضلات العجان وهى المستعرضتان العجانيتان ، والعاصرة لفتحة المهبل، والعاصرة لفتحه الشرج وصفاقاتها . وكذلك من الشحم والنسيج الليفى المكوّن للحفرتين الوركيتين المستقيمتين . أما الحجاب الحاجز الحقيقى للحوض فمكوّن فقط من الرافعتين للشرج والعاصرة لمجرى البول والصفاقين المغطيين لسطحيهما العلوى والسفلى .

ويلاحظ أن الصفاق الحوضى يغلف بعض الأوعية ويتداخل بين الأنسجة المختلفة ، وقد يكوّن فى بعض جهاتها التى سيأتى ذكرها فيما بعد ما يمكن تسميته بالأربطة المعلقة ، ولكنها فى الحقيقة ليست أربطة ، ولو أنها تساعد فى حفظ الأحشاء الحوضية فى وضعها الطبيعى .

ففى داخل الحوض حينئذ توجد أعضاء التناسل ، وهى الرحم والبوقان والمبيضان ، منفصلة عن أرضية الحوض المقعرة بالصفاق المغطى لها . ويحفظ هذه الاعضاء فى وضعها الطبيعى الرباطان العريضان ومحتوياتهما . والرباطان العريضان مغطيان كما مرّ القول بالبريتون. وتحت هذا البريتون يوجد نسيج عضلى رقيق على شكل شريحة من كل جهة تسمى بالپلاتزما الحوضية (Platysma) — اى العضلة العريضة السطحية الحوضية — وهى تساعد كثيراً فى حفظ الرحم فى وضعه الطبيعى . ومنها ينشأ الرباطان المبرومان الرحميان وهما عبارة عن حزمة من هذه العضلة مغطاة بالطبقة المقدمة البريتونية . وينشآن من جانبى الرحم العلويين ، ويتجهان الى الأسفل والوحشية حتى يصلا للقناة الاربية . وفائدتهما جذب الرحم الى الأمام والأعلى . كذلك ينشأ منها الأربطة العجزية الرحمية ، والأربطة العانية الرحمية وهى حزم ليفية أليافها متحدة بالأليـاف العضلية للعنق . وكلها تساعد فى حفظ وضع الرحم خصوصاً الزوج الأول منها . ويوجد ايضاً فى نسيج الرباط العريض كمية من الشحم تتخلل نسيجه الخلوى والعضلى وظيفتها سند الرحم من كل جهة . كما انه يوجد فيه ايضاً عدة أوعية دموية وهى الأوعية الرحمية والمثانية ، وأوعية لمفاوية ، وأعصاب ، والحالبان ، وكلها محفوظة داخل غلافات صفاقية عضلية . ومعظم هذه الغلافات موجود فى أسفل الرباط العريض ويتجه نحو عنق الرحم والمثانة والمهبل و يتحد بهذه الأنسجة بواسطة نسيج خلوى ليفى قوى جداً .

وحفظ كيان ووضع هذه الأنسجة جميعها يتوقف على متانة العضلة الرافعة للشرج لأنها متحدة بها تمام الاتحاد .

البريتون الحوضى — هو على تمام امتداد البريتون الجدارى البطنى — فالبريتون الجدارى البطنى عند انعطافه على المثانة يكوّن حفرة صغيرة تسمى بالجيب المثانى الجدارى. ويختلف مركز هذا الانعطاف بحسب امتلاء المثانة فيرتفع عند امتلائها وينخفض عند خلوها . وقد يصل فى ارتفاعه حتى السّرة. ولهذه الملاحظة مقدار عظيم من الأهمية فى عمليات فتح المثانة من أعلى العانة . ثم أن البريتون يكسو السطح العلوى للمثانة ويمتد على جانبيها حتى جدران الحوض ، ويكوّن الأربطة الجانبية المثانية الكاذبة. والانخفاضات التى تكون على جانبى المثانة تسمى بالحفرتين المثانيتين الجانبيتين . وخلف المثانة يكوّن البريتون حفرة تسمى **بالحفرة المثانية الرحمية** . ثم ينعطف على السطح المقدم لجسم الرحم ويلتصق بنسيجه التصاقاً بيّناً بحيث يتعذر فصله منه . وعند خلو المثانة تهبط الحفرة المثانية الرحمية ويصير البريتون قريباً من السطح المقدم للعنق ولكن لا يلتصق به . ويتجه البريتون من جانبى الرحم ليغطى الرباطين العريضين والرباطين المبرومين والبوقين . والمسافة بين البوق من أعلى والرباط المبروم فى اتجاهه الى الأسفل والوحشية تسمى بالرباط البوقى ، وهى كما يرى جزء من الرباط العريض.

وتحد هذه الطبقةُ البريتونيةُ التجويفَ المقدم للحوض . أما التجويف الخلفى فهو خلف أعضاء التناسل وأربطتها . ويتكوّن من انعطاف البريتون من الحافة العليا لقاع الرحم والبوقين ليكسو السطح الخلفى للرحم والعنق وجزءا من المهبل . أما من الجوانب فيكوّن البريتون الطبقة الخلفية للرباط العريض، ويغطى رباط المبيض، ثم يصل الرباطَ العريضَ من كل جهة الى جدار الحوض

بعد أن يغلف الرباطين القمعيين. أما المبيضان فيتصلان بالطبقة الخلفية للرباط العريض ولكن لا يغطيهما البريتون . وكذلك فتحتا البوق البطنيتين لا تتغطيان بالبريتون . وفى الخط المتوسط عند ما ينعطف البريتون على السطح الخلفى للرحم يلتصق به التصاقاً شديداً الى حذاء الفوهة الباطنة حيث يضعف هذا الاتحاد لوجود نسيج خلوى بينهما . ثم يمتد البريتون أيضاً على الجدار الخلفى للمهبل لمسافة سنتيمتر أو أكثر ولكن يكون منفصلاً عنه بمقدار كبير من النسيج الضام والمواد الشحمية .

وفى التجويف الخلفى للحوض توجد حفرتان بريتونيتان واحدة على كل جانب وتسميان بالحفرتين الرحميتين العجزيتين ، وحفرة خلف الرحم وتسمى ردب دوجلاس . وتفصل الأربطة العجزية الرحمية هذه الحفر بعضها عن بعض. وتشتمل الحفرة الرحمية العجزية على حفر أخرى كالحفرتين المبيضيتين والحفرتين المستقيمتين الجانبيتين . أما ردب دوجلاس فمحدود من الأمام بالبريتون المغطى للسطح الخلفي للجدار المهبلى ومن الخلف بالبريتون المغطى للسطح المقدم للمستقيم .

النسيج الخلوى الحوضى — من المهم جداً معرفة مركز النسيج الخلوى فى الحوض ليس فقط لأنه يسند الأحشاء التناسلية ، بل لكونه شديد التعرض للالتهابات وللتجمعات الصديدية والخراجات الفلغمونية فى أحوال التسممات النفاسية . وهذا النسيج الخلوى على اتصال تام بالنسيج الخلوى الذى تحت البريتون البطنى . وهو يكثر فى المسافات التى بين الصفاقات فى أرضية الحوض، ويوجد بكثرة بين طبقتى الرباط العريض وتحت البريتون المغطى للحفر التى خلف الرحم وردب دوجلاس . ولكن

أهم موضع له هو الرباط العريض والمسافة الواقعة بين عنق الرحم والصفاق الحوضى الذى يغطى عضلات الحجاب الحاجز الحوضى .

﴿ الغدة الثدوية ﴾

الثدى عضو غُدّى معد لافراز لبن الرضاع ، شكله نصف كروى ، وموضوع فى الجهة الجانبية للوجه المقدم للصدر . ويمتد فى اتجاهه العمودى من الضلع الثانى الى السادس . وفى اتجاهه الأفقى من الحافة الجانبية للقص الى الخط المتوسط للأبط .

والغدتان تنغرسان فى النسيج الخلوى الموجود تحت الجلد الذى لا يغطيهما سطحياً فقط بل يفصلهما ايضاً عن العضلات المحيطة بهما ، ويمتد ما بين فصوصهما وفصيصاتهما فيصيرهما املسين مستديرين .

وعلى قمة كل من الغدتين ارتفاع اسطوانى صغير هو الحلمة التى تقع على محاذاة المسافة الرابعة بين الاضلاع . ولون الجلد المغطى للحلمة يختلف بحسب لون المرأة فعند الشقراء يكون وردياً فاتحاً ، وعند السمراء يكون وردياً قاتماً .

ويحيط بالحلمة على مسافة سنتيمترين حلقة تشبهها فى اللون تسمى بالهالة . وتحت جلد الهالة مباشرة توجد النهايات المتسعة للقنوات الغدّية . ويوجد على سطح الهالة جملة درنات صغيرة بعضها متكوّن من تجمع افرازات الغدد الدهنية تسمى درنات مونتغومارى ، وبعضها يتكوّن من وجود غدد لبنية اضافية ، والبعض الآخر هو محل فتحات بعض قنوات الغدة الثدوية نفسها .

والغدة الثدوية مغلفة بطبقة من النسيج الليفى تفصلها عن الانسجة الشحمية المجاورة لها . ويتفرع من هذه الطبقة الليفية حواجز تتداخل فى نسيج الغدة فتقسمها الى فصوص وفصيصات . أما الفصوص فعددها عشرون ولكل منها قناة خاصة . وكل القنوات تتجه نحو الحلمة . وقبلما تنتهى بقليل يتسع قطرها ثم يضيق ثانياً، وتتجه نحو قمة الحلمة حيث تتصل بالخارج بفتحة ضيقة جداً. وفى مدة الحمل يكبر حجم القنوات. وفى بداءة الرضاع تمتلئ بسائل صافٍ يحتوى على خلايا تشبه كرات الدم محتوية على نقط شحمية تسمى بكرات الكولستروم .



الفصل الرابع

﴿ فسيولوجيا أعضاء التناسل ﴾

افرازات أعضاء التناسل والقناة التناسلية

للمبيض وظيفتان مهمتان اولاهما افراز البويضات التى تتكوّن منها الأجنّة، والثانية تكوين افرازات باطنية تصب فى الدم مباشرة، كسائر الغدد العديمة الاقنية. وللافرازات الباطنية تأثير على نظام التغذية العام للجسم. وهى تقوم باتحادها مع سائر الافرازات الباطنة للغدد الاخرى فى الجسم بعدة وظائف خفية. ولكن يظهر ان الافراز المبيضى له دخل عظيم فى تكوين الأملاح الجيرية فى الجسم. وربما كان هناك تأثير مخصوص لافرازات الجسم الأصفر على نمو البويضة واندغامها فى الغشاء الباطن للرحم.

وللبوقين أيضاً افراز زلالى ملحى يساعد على تزييت التجويف البوقى وانزلاق البويضات داخله. كما أنه يغذى البويضة فى أثناء مرورها داخل البوق، وهو سائل شفاف وكثافته واطئة.

ويفرز جسم الرحم سائلاً رائقاً مخاطياً، وكميته قليلة جداً الاّ قبل الطمث مباشرة واثنائه فانها تزداد. وتقوم بافرازه الغدد المخاطية الموجودة داخل التجويف. ويفرز عنق الرحم بواسطة غدده سائلاً كثيفاً مخاطياً أبيض قوامه لزج كميته قليلة وتكاثر مدة الحمل والطمث. وكل هذه الافرازات، الرحمية منها والبوقية، قلوية التأثير.

المهبل — يترطب المهبل دائماً بسائل شفاف مائع حمضى خفيف. وينفرز هذا السائل بالترشيح، لأن عدد الغدد فى جدران المهبل قليل جداً أو معدوم بالمرة.

أما افرازات أعضاء التناسل الظاهرة فلها مصدران : —

(١) غدتا برثولين ، وفائدة افرازهما تزييت الفرج وقت الجماع . وهو سائل لزج شفاف ويحتوى على كمية كبيرة من المخاط .

(٢) الغدد الدهنية والعرقية شبيه نظيراتها فى سائر أجزاء الجلد .

« البلوغ »

يتم البلوغ عند البنات بظهور الطمث وتكوّن الصفات المميزة للجنس . ويبتدئ عادة عند المصريات فى السنة الثانية عشرة الى الرابعة عشرة ، وقد يظهر فى السنة الحادية عشرة ، ويندر قبل ذلك .

وقبل ظهور الطمث تحصل عدة تغيرات فى المجموع العصبى والمجاميع الاخرى للبنت، فيبتدئ الحياء عندها ويقل اختلاطها بالصبيان ، وتكتسب الوداعة النسائية. وتعم هذه التغيرات كل أخلاقها وطبائعها. وفى هذه السن تجب ملاحظة الفتاة بكل تدقيق اذ كثيراً ما تنتابها الأمراض العصبية والهستيرية حين تكون هـذه التغيرات النفسانية آخذة فى الحدوث . وأما شكل جسمها فيأخذ فى التغيّر ليتحول تدريجياً الى شكل المرأة النهائى . وأول ما يلاحظ ظهوره هو نموّ الشعر فى الأبطين وعلى جبل الزهرة ، وكبر الثديين واستدارتهما . وبعد ذلك بقليل تحصل ارتشاحات شحمية فى بعض أجزاء الجسم فتسمن الأليتان ، والفخذان ، وجبل الزهرة ، والثديان ، والكتفان ، والعنق . ويكون هناك ميل عام للاستدارة والسِمن فى كل أجزاء الجسم . وكأن غرض الطبيعة من هذا التطور ، جمال المنظر على العموم بغية اجتذاب الذكر .

زد على ذلك أنه يحصل أيضاً نمو ظاهر فى أعضاء التناسل فيكبر الرحم

ويأخذ شكله البلوغى ، أى أن الجسم يكبر حتى يصير أطول من العنق . وكذلك يبتدىء ظهور حويصلات جراف في المبيضين . ويظهر ان ظاهرة التبويض تحصل قبل ظهور الطمث لثبوت حصول الحمل عند بنات كثيرات قبل ظهور الحيض عندهن .

ومن المفهوم أن للافراز الباطنى للمبيض خصوصاً ، وسائر الغدد التى لا قناة لها عموماً ، تأثيراً عظيماً فى كل التغيرات التى تحصل وقت البلوغ . ولكن المحقق ان نموّ الرحم متوقف على تأثير المبيضين . لأنه فى الأحوال التى يستأصل فيها المبيضان يقف نموّ الرحم ويبتدىء ضموره .

وعند البلوغ يتلوّن جلد أعضاء التناسل الظاهرة بلون أسمر ، ويظهر الشعر عليه ويتضخم الشفران العظيمان حتى يغطيا سائر أعضاء التناسل الظاهرة.

ويلاحظ بلير بل (Blair Bell) ان حصول الطمث له علاقة بازدياد الأملاح الجيرية فى الدم . وهذا الازدياد ناشئ من تأثير الافراز الباطنى للمبيض وسائر الغدد التى لا قناة لها . ويمكن وصف تأثير هذه الأملاح بالاختصار كما يأتى :

(١) ان أملاح الجير ضرورية لنموّ الجسم ولتعويض الضرر الحاصل فى كل الاصابات العرضية، ولذلك فان ظهور الطمث واستمرار دورته يتوقفان على صحة الجسم وعلى وجود أملاح الجير فى الدم بكمية كافية . ويؤيد ذلك أن الطمث يكون عادة قليلاً أو معدوماً فى الأمراض المضعفة التى يتسبب عنها فقد عظيم فى أملاح الجير . وكذلك مدة الرضاع أيضاً لخروج كمية وافرة من أملاح الجير فى اللبن .

(٢) ان انقباضات الرحم تتوقف على وجود أملاح الجير فى الدم .

(٣) ان أملاح الجير لها تأثير كبير فى ميكانيكية تمدد وانقباض الأوعية التى يتوقف عليها انتظام حركة الطمث .

(٤) انه يوجد فى النساء عادة كمية اضافية من أملاح الجير تقوم بكل ما يلزم لنمو الجنين فى أحوال الحمل والرضاعة حين يكثر الطلب على هذه الأملاح . وفى غير أوقات الحمل ينفرز الزائد من هذه الأملاح فى دم الطمث .

فى وظيفة الطمث — يحدث الطمث عادة كل ثمانية وعشرين يوماً ولكن يختلف هذا النظام باختلاف النساء . فأما ان تقل مدته الى أحد وعشرين يوماً أو أن تزيد الى اثنين واربعين يوماً . ويكون الطمث عادة فى ابتداء ظهوره غير منتظم، وربما ظهر لأول مرة ثم اختفى لمدة تتراوح بين شهرين وسنة، ثم ظهر ثانية بانتظام . وتحتقن عادة كل أعضاء التناسل مدة الطمث . ويلين كل من الرحم والعنق وجدر المهبل .

وربما احتوى المبيض بعد الطمث على جسم أصفر دلالة على انه حصل تبويض . ولكن ليست هـذه قاعدة ثابتة ، كما ثبت ذلك من التشريح المرضى على المتوفيات أو فى العمليات البطنية بعد الطمث .

أما الرحم فهو مصدر السائل الطمثى الذى يدوم عادة نحو ثلاثة أو أربعة أيام . وتنقسم الدورة الطمثية عادة الى أربعة أدوار — أولاً — الدور الذى يعقب الطمث ويمكث من اليوم الرابع لغاية اليوم الثانى عشر . ثانياً — الدور ما بين الطمثين ومدته من اليوم الثالث عشر لغاية اليوم العشرين . ثالثاً — الدور قبل الطمث ومدته من اليوم الحادى والعشرين لغاية اليوم الثامن والعشرين . رابعاً — الدور الطمثى من اليوم الاول لغاية الثالث . ولا يغيب عن الذهن أنه لا يوجد أى فاصل حقيقى بين هذه الادوار بل ينتهى كل دور بابتداء الآخر . وفى الدور الذى يعقب الطمث تكون الغدد التى

فى الغشاء المبطّن للرحم فارغة وواقفة عن العمل . ويكون الغشاء نفسه رقيقاً وانيماوياً . وفى الدور ما بين الطمثين تأخذ الأوعيـة الدموية فى الامتلاء تدريجياً حتى أنه فى نهاية الدور يكون الغشاء محتقناً . وفى الدور الذى يسبق الطمث يكون الغشاء المخاطى شديد الاحتقان وسميكاً وتكون الغدد فى عمل مستمر وتفرز مخاطاً كثيراً . وفى الدور الطمثى ينفرز من الغشاء مخاط ودم . أما سبب نزف الدم فهو تأكُّل جدر الأوعية الشعرية بتأثير التريسين الموجود فى المخاط الذى تفرزه الغدد .

والطمث نزف حقيقى يحصل من تمزق الاوعية الدقيقة الرحمية ، وقد يكتسح معه كل الانسجة السطحية للغشاء المخاطى ولا يبقى منه الا الطبقة الغائرة فقط ومنها تجدد الانسجة فى كل دورة .

وتبلغ كمية السائل الطمثى نحو خمسين أو ستين سنتيمتراً مكعباً . ويكون السائل فى الاربع وعشرين ساعة الاولى خفيفاً ولونه فاتحاً ، ولكنه يدكن بسرعة حتى يصير دماً صرفاً . وبعد اليوم الثالث يقف النزف ويكون الافراز عبارة عن مصل أسمر عكر ينقطع تدريجياً بعد يوم أو اثنين . وهو يحتوى على مقادير من الأملاح الجيرية اكثر مما فى الدم العادى بكثير . ويحتوى أيضاً على مقادير كبيرة من الميوسين .

ويلاحظ أن الدم الطمثى لا يتجمد وذلك لعدم احتوائه على خميرة الفيبرين والفيبروجنين .

الاضطرابات العمومية التى تحدث وقت الطمث — تكون هذه الظاهرة عند الحيوانات غير مصحوبة بأى اعراض مرضية سوى ازدياد فى الشهوة التناسلية . اما عند النسوة فقليل منهن من تتوعك . وتكثر عصبية بعضهن قبل الطمث مباشرة ، ويصرن قابلات للتهيج السريع . ويرتفع عادة عدد

النبضات . ويشتد الضغط الدموى والحرارة قبل الطمث مباشرة . وكذلك تكاثر نسبة املاح الجير فى الدم وترتفع قليلاً قبل الطمث ولكنها تهبط بعده مباشرة .

وتحصل عادة آلام فى الظهر أو فى البطن ، قد تكون مسببة عن ازدياد كمية الدم من الاوعية واحتقانها . أما اذا كانت الآلام شديدة فقد تكون مسببة عن حالة مرضية . وتأخذ هذه الأوجاع فى الزوال عند ظهور الطمث . وكثيراً ما تشتد آلام الدماغ فى هذا الوقت . ومن المحقق ان المناعة الطبيعية ضد الأمراض المكروبية تقل كثيراً فى وقت الطمث .

اما وظيفة الطمث فهى فى الحقيقة غير معروفة تماماً حتى الآن وجميع النظريات التى قيلت فى هذا الصدد ليست كافية لتفسير هذه الظاهرة تفسيراً مقنعاً ولذلك ضربنا صفحاً عنها .

ويرى بليربل أن أهم وظيفة للطمث هى افراز الأملاح الجيرية الزائدة التى تتجمع فى الدم بسبب عدم استعمالها فى غير أوقات الحمل . أما فى اثناء الحمل فينقطع الطمث لأن الأملاح الجيرية الزائدة تدخل فى تركيب جسم الجنين وكذلك مدة الرضاع لأنها تدخل فى تركيب لبن الرضاع .



الفصل الخامس

﴿ الفسيولوچيا العمومية للحمل ﴾

ان وجود بويضة حية فى الرحم ينشأ عنه سلسلة تغيرات لا تقتصر على الرحم فقط بل تعم الجهازات الأُمية جميعها . وقد اتضح حديثاً أن تنوعات هامة تحصل فى الغدد العديمة الاقنية (كالغدة الدرقية والنخامية) وفى مصل الدم .

الغدد الثديية — لا تصل هذه الغدد الى تمام نموها الاّ اذا حملت المرأة وارضعت طفلها . وهى تختلف كثيراً فى الشكل عند اللواتى لم يلدن واللواتى ولدن ، وسبب ذلك انه يطرأ على هذه الغدد تغيرات كثيرة عند بكريات الحمل ، وتبقى بعض هذه التغييرات بصفة دائمة حتى بعد انقطاع الرضاع . ففى الحمل الأول تكبر الغدتان ليس فقط بسبب تضخم الأقنية الغددية ، بل ايضاً لازدياد النسيج الخلوى . وتبدأ هذه الضخامة من أواخر الشهر الثانى ولكنها قد تتأخر فى الظهور الى أوائل الشهر الرابع .

التفاعل المصلى فى الحمل — قد اكتشف ابدرهالدن (Abderhalden) ان مصل الحامل يحدث تفاعلاً خاصاً أُطلق عليه اسمه (**تفاعل ابدرهالدن**). ويبنى هذا التفاعل على النظرية المعروفة ، وهى انه اذا أُدخل الى الدم مادة عضوية غريبة عنه يتكوّن فيه خميرة لها القدرة على ابادتها . فاذا حقن فيه مقدار من سكر القصب مثلاً تتكوّن فيه خميرة تحلله . والخميرة التى تتكوّن فى الدم لا تفعل فعلها الاّ فى المادة الخاصة بها فالخميرة التى تتكوّن عند حقن سائل سكّرى فى الدم تختلف عن التى تتكوّن اذا حقنت فيه مادة زلالية . ونظرية

ابدرهالدن مبينة على أن دم الحوامل يحتوى على خميرة تستطيع ابادة الخلايا المشيمية السابحة فى الدم ، وهى التى تصل اليه عند رجوع الدم من الدورة المشيمية .

أما تفاصيل هذا التفاعل فكثيرة التعقيد ، لأنه لا يمكن اثبات وجود الخميرة نفسها فى الدم، فقط يمكن الاستدلال على وجودها بالعثور على متخلفات التحلل الذى يطرأ بتأثيرها على الخلايا السلائية اذا أخذ جزء من مصل الحامل ووضع مع قطعة من مشيمة فى محضنة (incubator) .

وهذه الخميرة لا توجد فى دم الجنين ولا فى دم المرأة التى ليست حاملاً. وقد شرح ابدرهان الطريقة التى يستطاع بها اثبات وجود هذه الخميرة فى الدم، واشار باتباعها كاحدى الطرق التشخيصية للحمل . ولكنها طريقة كثيرة التعقيد لا يصح الاعتماد عليها. وقد تشعبت الاراء فيها فالبعض يحكم بانه قد حصل على نتائج ايجابية عند المصابات بالسرطان، ولو كنَّ غير حوامل، وعند غيرهن ايضاً. غير أن البعض الآخر مثل ويليمسون يؤكد بأن النتائج الايجابية لا يُحصل عليها الا فى الحمل سواء أكان داخل الرحم أم خارجه. انما المهم فى هذا الموضوع انه أثبت ان الأم تمتص باستمرار من المشيمة مواد ضارة بها ، وانه يتكوّن فى الدم مادة تقاوم تأثيرها المضر . وربما كان ذلك الامتصاص سبب كثير من التسممات الدموية الحملية، إما لتجمع هذه المواد المشيمية بكثرة غير عادية ، أو لعجز الجسم عن تكوين الخميرة التى تفسدها . .

﴿ تكوُّن البويضة ﴾

المبيض هو العضو الذى تتكوّن وتتجمع فيه البويضات . وتخرج هذه البويضات من المبيض فى فترات معينة من وقت البلوغ الى سن اليأس .

ومركز هذه البويضات هو الحويصلات المبيضية المعروفة بحويصلات جراف . ففي أول أمرها تكون على عمق مختلف من سطح المبيض، ثم تأخذ فى الدنو من السطح، ويكبر حجمها وتكاثر كمية السائل الذى فيها. ومتى نضجت الحويصلة انفجرت وخرجت منها البويضة الى تجويف البريتون . وقد تحتوى الحويصلة الواحدة على بويضتين أو ثلاث . وقد يحصل ان تنفجر الحويصلة وتبقى البويضة لاصقة بها ، فاذا اتفق ان وصل الحيوان المنوى ولقّحها حصل الحمل المبيضى. أما البويضة فهى خلية كبيرة قطرها ٢٠٠مكر ومليمتر ($\frac{1}{5}$ مليمتر) وتتكوّن من غلاف يسمى بالمنطقة الشفافة يحتوى على المح وهو مادة بروتوپلازمية حبيبية، ويحتوى أيضاً على النواة والنُوَيّة. وقد تحتوى البويضة الواحدة على نواتين والنواة على نويّتين . ومتى أُطلقت البويضة من حويصلة جراف يبقى لاصقاً بها بعض الخلايا التى تكون مبطنة للحويصلة ، ولكنها متى وصلت الى البوق تزول هذه الخلايا. وليس للبويضة قوة الحركة الذاتية ولكن التيارات البريتونية تحملها الى البوق الأقرب لها ، وأحياناً الى بوق الجهة المقابلة . ومتى وصلت الى البوق تتعاون انقباضات الطبقة العضلية للبوق مع حركات الخلايا ذات الأهداب المبطنة للطبقة المخاطية فى دفعها الى التجويف الرحمى . ومتى خرجت البويضة من حويصلة جراف تطرأ عليها التغيرات التى سبق شرحها فى الكلام على تشريح المبيض . وتنتهى هذه التغيرات بتكوُّن الجسم الأصفر الذى ثبت الآن ان له دخلاً بنموّ البويضة.

﴿ علاقة الطمث بنضوج البويضة ﴾

لا شك فى أن هناك علاقة ما بين الطمث وبين نضوج البويضة . ولكن لا يعلم حتى الآن ما اذا كانا يحصلان فى وقت واحد ، أو أن أحدهما يسبق الآخر أو يتبعه. ومن الأدلة على وجود هذه العلاقة ان الحمل يحصل على

الأكثر عند المنتظمات فى الطمث ، وانه يحصل فى الغالب فى بضعة الأيام التى تتلو انتهاء الدور الطمثى . ولكن كثيراً ما تخرج البويضات من المبيض ولا يحصل الطمث ، بل قد تخرج البويضة وتتلقح وتدخل التجويف الرحمى ويحصل الحمل فى فترات انقطاع الطمث أو قبل البلوغ أو بعد سن اليأس مما يثبت ان هذه العلاقة وان كانت موجودة فليست مطردة .

وقد درس جبهارد وسلهايم تشريح الأرحام الطامثة فى مرضى استؤصل منهن الرحم أثناء الطمث ، فوجدوا أن أول تغير يحدث هو احتقان وتورم فى الغشاء المخاطى، مصحوب بامتلاء الأوعية الدموية، وبالأخص فى الأوعية الشعرية السطحية . أما الغدد فتستطيل وتتسع قنواتها بلا انتظام ، فيعطيها ذلك شكلاً بريمياً . واذا عمل فيها قطاع طولى وجدت مجزأة بسدود عرضية يشاهد عليها كثير من البشرات المخاطية المتكاثفة .

أما النسيج الخلوى الموجود بين الغدد فيزداد حجمه، وتقل صلابته، ويرتشح فى بعض جهاته بالكرات البيضاء . ثم يتلو ذلك حصول أنزفة فى الأنسجة الخلالية ، وبالأخص تحت الطبقات السطحية للبشرة المخاطيـة فتسبب انفصال بعض قطع منها . وأجزاء البشرة التى تتعرى هى التى ينزف منها معظم دم الحيض . أما بقية الدم فتنزف من الغشاء المخاطى المحتقن . ودم الحيض يختلط بمقدار كبير من المخاط الذى تفرزه الغدد الرحمية . ولا يشترك الغشاء المخاطى للعنق فى احداث الطمث الاّ قليلاً . واذا تلقحت بويضة تحصل فى الغشاء المخـاطى الرحمى تغييرات كثيرة تنتهى بتحوله الى الغشاء الساقط للبويضة . اما اذا لم يحصل الحمل فيزول الاحتقان ، وتتغطى البقع التى تعرت من البشرة بطبقة بشرية جديدة ، وتهدأ الغـدد ويرجع الغشاء المخاطى الى دور السكون . ولا يختلف الغشاء المخاطى للرحم وقت الطمث عن الساقط الاّ فى أن الأخير يكون مشتملاً على الخلايا الساقطية الخاصة به .

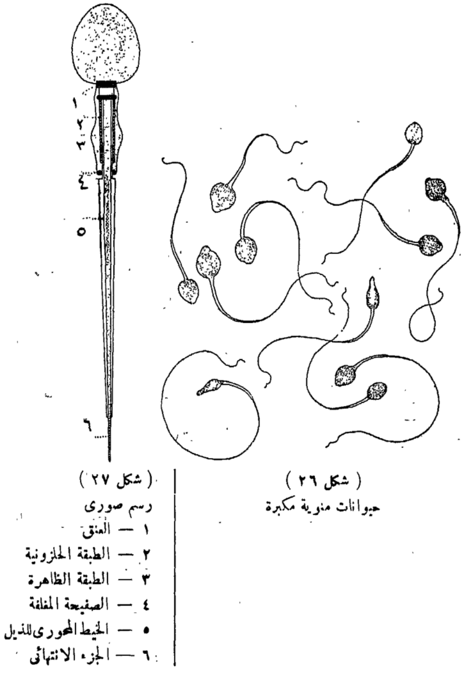
الفصل السادس

تكوين البويضة ونموها

﴿ السائل المنوى ﴾

الحمل هو نتيجة اتحاد عنصرى التوليد فى الذكر والأنثى ، أى الحيوان المنوى والبويضة. أما الحييوين المنوى فينفرز من الخصية، وتنفرز البويضة من المبيض . والخصيتان والمبيضان عند الجنين تتكوّن من أنسجة متشابهة، وهى الثنيات الجرثومية التى هى داخل أجسام وُلف . ففى الذكور تكوّن البشرة الجرثومية لهذه الثنيات ، القنوات المتعرجة للخصية ، وفى الأناث تكوّن حويصلات جراف. وتتشابه الخصيتان والمبيضان فى أمر آخر، وهو أن لكل منها افرازاً باطنياً . وكذلك تولُّد الحييوينات المنوية شديد الشبه بتولّد البويضات . ولكن لما كانت وظيفة الحييوين المنوى تقضى بأن يكون العنصر الأكثر حركة هو الذى يسعى وراء البويضة ليلقحها فقد أمدّته الطبيعة بشكل يجعله سهل التحرك . فجعلته اصغر خلايا الجسم، وجردته من كل مايعيق حركته. ولم تُبق الا على ما هو ضرورى للتلقيح ، فى حين أنها جعلت البويضة اكبر خلايا الجسم لانها هى المكلفة بامتصاص الغذاء اللازم لنموها فى حياتها الجديدة بعد التلقيح .

والحييوينات المنوية سمّيت حييوينات لأن مكتشفيها هام وليفانهوك (سنة ١٦٧٧) ظناها كذلك خطأً . ولكن ظهر بعد ذلك أن منشأها من الخلايا البشرية . وفى سنة ١٧٦٨ أثبت سپالانزيني أنها العنصر المخصب فى المنيّ .



(شكل ٢٧)
رسم صورى
١ — العنق
٢ — الطبقة الحلزونية
٣ — الطبقة الظاهرة
٤ — الصفيحة المغلفة
٥ — الخيط المحورى للذيل
٦ — الجزء الانتهائى

(شكل ٢٦)
حيوانات منوية مكبرة

والحييوينات المنوية تتكوّن فى القنوات المتعرجة للخصية وليست فى الشبكة ولا فى البربخ . وحوافى هذه القنوات مغطاة بطبقات منضدة من الخلايا البشرية التى تشبه فى منشأها البشرة الجرثومية للمبيض . واذا عملنا قطاعاً مكروسكوبياً لهذه القنوات نجد أنها لا تعمل كلها فى وقت واحد فى تكوين الحييوينات ، بل بينما يكون بعضها مشتغلاً يكون البعض الآخر واقفاً عن العمل .كما اننا نجد بعض الحييوينات المنوية التى فيها تام التكوين والبعض

الآخر فى درجات مختلفة من النمو . واذا نظرنا الى (شكلى ٢٦ و ٢٧) نجد صور هذه الحييوينات المنوية كما ترى تحت المكروسكوب . ويبلغ طول الحييوين المنوى ٥٥ مكروملليمترا . أما رأسه فبيضى الشكل مفرطح ، والعنق قصير ومحبب ، والذيل طويل وينتهى باستطالة لا غلاف لها .

ولهذه الكائنات قدرة كبيرة على الحركة وتحمل العوارض . أما الحركة فتقوم بتعرّج الذيل (تموّجه) . أما مقاومة هذه الكائنات للعوارض فغريبة فقد تُثلّج فتظهر كأنها ميتة . ولكنها متى سخنت قد تعود الى الحركة . والاحماض تقتلها بينما القلويات الضعيفة تساعدها على الحركة . وقد تعيش فى المِحْضَنة (Incubator) تسعة أيام ، وفى البول الآسن من يومين الى ثلاثة أيام . وتعيش فى قنوات فاللوب لا أقل من ثلاثة أسابيع . وتعيش فى الوطاويط ستة شهور وفى الدجاج ثمانية عشر يوماً .

وتخرج الحييوينات التامة التكوين من الخصية الى البربخ على شكل كتل عالقة فى قليل من السائل . ومتى وصلت الى البربخ تنفجر الكتل فتخرج منها الحييوينات وتبدأ فى الحركة الذاتية وتساعدها على ذلك الافرازات البروستاتية . ويساعد على مرور المنى فى القناة الناقلة انقباض هذه القناة وارتخائها ، وكذلك أهداب البشرة المبطنة لها . ومتى وصل المنى الى صيوان القناة الناقلة تجمع هناك الى أن ينزل فى نهاية الجماع . وفى خروجه يتحد مع مزيج مركب من افراز الحويصلات المنوية ، وغدد كوبر ، والبروستاتا ، وغدد مجرى البول . ويظهر أن الحويصلات المنوية ليست مستودعاً للمنى كما كان يظن بل هى غدد تفرز سائلاً ثخيناً أصفر مكوّناً من الجلوبيولين . وربما كانت وظيفتها أيضاً امتصاص المنى الذى لا يستعمل .

المنى — هو سائل غروى قشطى أصفر مبيض ، قلوى التأثير ، له رائحة خاصة به تنشأ من اختلاطه بافرازات الغدد السالفة الذكر ، وأخصها افراز البروستاتا المسمى بالسپرمين (منيين) . وتختلف الكمية التى تخرج وقت الإنزال من جرام الى عشرة جرامات أو تزيد ، ومتوسطها ٣ جرامات . ويتألف المنى من الحييوينات المنوية والخلايا المنوية وخلايا بشرية وكرات بيضاء وبلورات . وقد يبلغ عدد هذه الحييوينات فى انزال مرة واحدة ٢٢٧ مليوناً . ولا شك فى أن أغلبها يموت من تأثير الافراز المهبلى الحامض . واذا تكرر الجماع فى وقت قريب جداً يقل عدد الحييوينات ثم ينعدم بالمرة ، ولكنه يعود الى حالته الطبيعية بعد راحة بضعة أيام .

وثقله النوعى يتراوح بين ١٠٢٧ و ١٠٤٦ ويتألف من ٩٠ ٪ من الماء و ٦ ٪ من الميوسين (Mucin) و ٤ ٪ الباقية تتألف من مواد زلالية ودهون وأملاح .

﴿ تلقيح البويضة وانغراسها ﴾

تتلقح البويضة باتحادها مع الحييوين المنوى ، وهما يتقابلان غالباً فى البوق . ثم تدخل البويضة الملقحة الى الرحم مدفوعة بانقباض البوق ومساعدة أهداب البشرة المغطية لطبقته المخاطية . أما الحييوين المنوى فله حركة ذاتية يقوم بها ذيله الطويل تجعله يسير الى البوق عابراً المهبل والرحم محمولاً فى طبقة السائل الرقيقة التى تغطى الغشاء المخاطى . وفى بعض الحييوينات يصل الحييوين المنوى الى البريتون فى بضع ساعات .

أما فى النساء فقد وجدوا أن المدة لا تتجاوز أربع وعشرين ساعة . فان

لم تصادف الحييوينات المنوية بويضة فى البوق فقد تبقى فى ثنياته أياماً الى أن تتم المقابلة .

وقد وجدوا فى بعض التجارب التى عملت أن الحييوينات المنوية ظلت حية فى بوق استؤصل جراحياً بعد الجماع بأربع وعشرين يوماً .

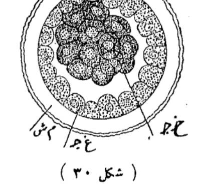
وقبل اتحاد البويضة بالحييوين المنوى تحصل فيها بعض التغيرات فان جزءاً من نواتها ينفصل عنها محاطاً بمادة بروتوبلازمية ، ويتجه نحو الغلاف (الطبقة الشفافة) . ويسمى هذا الجزء المنعزل بالكرية القطبية ، ووظيفة هذه الكرية غير معروفة لأنها تختفى سريعاً . وتحمل هذه الكريات وقت انفصالها نصف المادة الملونة التى كانت موجودة فى الحويصلة الجرثومية (النواة) . وربما كان لوجودها دخل فى انتقال الصفات الوراثية . ومتى تقابل الحييوين المنوى مع البويضة يخترق رأسه طبقتها الشفافة وينفصل ذيله ويختفى . والبويضة البشرية قطرها $\frac{1}{5}$ ملليمتر فيمكن مشاهدتها بالعين المجردة . أما الحييوين المنوى فطوله ٥٥ مكروملليمتراً فلا يرى الاّ بالمجهر . ومتى دخل رأس الحييوين المنوى الى البويضة انقسم الى جزئين . وتنقسم النواة الى جزئين الشكل أيضاً ثم تتحد الأربعة الأجزاء مكوّنة نواة مغزلية تحتوى على مادة ملوّنة (عرى كرومية أو كروموزوم) ، نصفها مأخوذ من الحييوين المنوى ، والنصف الآخر من البويضة . وتسمى البويضة الآن بويضة ملقحة .

(شكل ٢٨)
بويضة عمرها ١٤ يوما

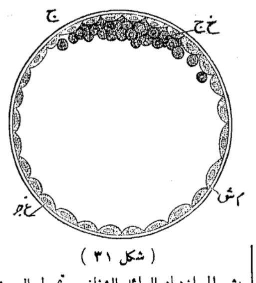
(شكل ٢٩)
يشير الى انقسام المح وامتلاء البويضة بخلايا الانقسام . خ ج خلايا جرثومية . غ ج الغشاء الجرثومى

ومتى تم ذلك يحصل فى البويضة سلسلة حركات تنتهى بتكوّن الأجهزة المختلفة للجنين اساسها تجزؤ

الخلية . ويبدأ هذا التجزء بانقسام النواة الى جزئين يتراجعان الى قطبي البويضة. ثم تنقسم البويضة الى جزئين متساويين بخط يظهر فى وسطها، ثم ينقسم كل من الجزئين فى دورهما الى جزئين آخرين . وهكذا حتى تتكوّن كتلة من الخلايا داخل البويضة . ثم ينفرز سائل فى وسط هذه الكتلة فتتحول الى حوصلة تسمى بالحوصلة البلاستودرمية . ثم يأخذ هذا السائل فى الازدياد بكثرة ، فيضغط الخلايا فتتفرطح وتتراجع نحو غلاف البويضة وترتّب نفسها فى ثلاثة صفوف أو طبقات تتكوّن منها كل أنسجة الجسم فيما بعد . فالطبقة الظاهرة تسمى بالاكتودرم، والباطنة بالاندودرم، والوسطى بالميزودرم.



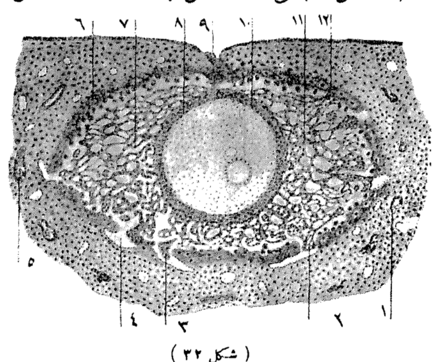
(شكل ٣٠)
يشير الى ابتداء تكون السائل الشفاف داخل البويضة . خ ج خلايا جرثومية . غ ج غشاء جرثومى . م ش منطقة شفافة



(شكل ٣١)
يشير الى ازدياد السائل الشفاف وتحول البويضة الى حويصلة جرثومية . خ ج خلايا جرثومية . م ش منطقة شفافة . غ ج غشاء جرثومى

وفى البويضة البشرية يكون للطبقة الاكتودرمية أهميـة عظمى وتسمى تروفوبلاست . وقبل تكوين الطبقة الوسطى أو الميزودرم تتكاثف الخلايا فى نقطة من الطبقة الاكتودرمية . وتسمى هذه النقطة الكثيفة بالبقعة المضغية ومنها يتكوّن جسم الجنين فيما بعد . ثم يظهر فى هذه البقعة ميزاب يتكوّن منه العمود الفقرى . وسيأتى الكلام على ذلك فى صفحة ١٠٠ .

وقد وصف برايس وتيتشر بويضة حصلا عليها من حالة اجهاض تام ، وكان عمرها اسبوعين . وقد وجدا البويضة منغرسة تماماً فى الساقط . كما ترى (فى شكل ٣٢) ففى أعلا الشكل تجد نقطة منخفضة عن مسطحه



(شكل ٣٢)

رسم صورى لبويضة برايس وتيتشر . تجد تجويف البلاستوسست مملوءاً بخلايا الميزوبلاست وتجد منغرسا فيها الحويصلات الامنيوسية والانتودرمية . والغلاف الظاهر للبلاستوسست مكون من خلايا السيتوتروفوبلاست وبين هـذا الغلاف والساقط تجد شبكة من خلايا البلازموديوم تروفوبلاست تصلهما ببعضهما . وخارج هذه الشبكة تشاهد طبقة الساقط المائتة وكذلك تشاهد بعض كتل من خلايا البلازموديوم مجتاحة الاوعية الشعرية للساقط .

١ و ٥ — غدة	٧ و ١١ — سينسيشوم أى
٢ و ٣ — خلايا البلازموديوم مخترقة	تروفوبلاست بلازمودى
الاوعية الشعرية	٨ و ١٠ — سيتو تروفوبلاست
٤ — اوعية شعرية	٩ — نقطة انغراس البويضة
٦ — طبقة الساقط المائتة	١٢ — طبقة الساقط المائتة

وهى النقطة التى اخترقتها البويضة لتنغرس فى الساقط . والكيفية التى بها يتسنى للبويضة أن تخترق الساقط هى أن خلايا التروفوبلاست التى سبق شرحها فى الكلام على الاكتودرم لها خاصية تقدر بواسطتها على اختراق الأنسجة الأمية فمتى وصلت البويضة للرحم تخترق هذه الخلايا الغشاء المبطن للرحم وتنغرس البويضة فيـه . وبعد ذلك تأخذ خلايا التروفوبلاست فى التولّد

السريع حتى تتكوّن منها طبقة كثيفة حول البويضة. وتتألف هذه الطبقة من نوعين من الخلايا: النوع الأول وهو الذى يحيط بسطح البويضة على شكل شبكة يتكون من أزرار بروتوبلازمية لها نواه ولكن ليس لها شكل الخلايا ويسمى السينسيشوم أو بلازمودى تروفوبلاست. والثانى كتل من خلايا منتظمة تتخلل شبكة السينسيشوم وتسمى سيتو تروفوبلاست. والسينسيشوم هو الذى يخترق أنسجة الأم لتنغرس فيها البويضة.

واذا تأملنا (شكل ٣٢) نجد على حافة المنطقة التروفوبلاستية كثيراً من الأوعية الشعرية الأمية وقد اخترقتها خلايا الترفوبلاست. وهذا هو السبب فى وجود مقدار من دم الأم فى المسافات الواقعة بين الخلايا الترفوبلاستية وبعضها. ويقوم هذا الدم بتغذية الملقة. ومتى كثرت كميته يأخذ فى الدوران حول البويضة.

وقبل أن نشرح التغيرات التى تطرأ على البويضة بعد ذلك سنشرح التنوعات التى تحصل فى الرحم نفسه، وهى تنحصر فى تكوّن الساقط الذى يكوّن فيما بعد الغشاء الثالث أو الظاهرى للجنين فنقول: أنه متى انغرست البويضة فى الغشاء المبطن للرحم يتحوّل جزؤه المبطن للجسم الى ساقط. أما الجزء المغطى للعنق فلا يتغير الاّ قليلاً، ومتى كبرت البويضة قليلاً نجد أنه من الممكن أن يميز للساقط ثلاثة أجزاء: (١) فالجزء الواقع ما بين البويضة والرحم يسمى بالساقط القاعدى، (٢) والجزء الواقع فوق البويضة يسمى الساقط المغلف، (٣) وبقية الغشاء المبطن للرحم يسمى بالساقط الحقيقى. ولا تختلف هذه الأجزاء عن بعضها فى التركيب. وهى كما سبق القول لا تختلف كثيراً عن الغشاء المخاطى المبطن للرحم. ويمكن التمييز ما بين الاثنين تحت المكروسكوب بأن فى الساقط يمكن تمييز طبقتين: الطبقة الملاصقة

للرحم ، والطبقة السطحية . فالطبقة السطحية تتألف من خلايا منوعة من النسيج الخلوى متكاثفة على بعضها تكاثفاً يجعلها تنضغط وتتفرطح وتأخذ شكلاً كثير الأضلاع أو كروياً أو بيضاوياً وتكون نواتها كبيرة وكروية . وتسمى هذه الخلايا بالخلايا الساقطية . ويتخلل هذه الخلايا كريات حمراء وبيضاء . أما الطبقة العميقة أى الملاصقة للرحم فأهشّ وأقل صلابة من السابقة ، ويتخللها كثير من الغدد الرحمية المتمددة .

ويمكن حصر أوجه الاختلاف ما بين الساقط والغشاء الرحمى فيما يأتى :

(١) ظهور الخلايا الساقطية .

(٢) ضخامة وتمدد الأجزاء الغائرة من الغدد الرحمية .

(٣) ازدياد مقدار الدم فى الأوعية حتى تصير أشبه بالجيوب الوعائية ، وحصول أنزفة فى نسيج الساقط .

(٤) تعرى سطح الساقط فى كثير من النقط من بشرته السطحية .

(٥) ازدياد سمك الساقط حيث يبلغ سنتيمترين ، فى حين أن الغشاء الرحمى لا يزيد عن ملليمتر واحد .

ويأخذ الساقط الحقيقى فى التضخم كلما تقدم الحمل حتى يبلغ معظمه فى نهاية الشهر الثانى . وفى نهاية الشهر الثالث تكون البويضة قد ملأت تجويف الرحم ، فيلتصق الساقط الحقيقى بالساقط المغلف . وفى نهاية الحمل يكون الساقط قد انضغط لدرجة تجعل تمييز طبقتيه مستحيلا .

أما جزء الساقط الواقع بين البويضة والرحم ، وهو الساقط القاعدى فيكوّن المركز الذى تنشأ منه المشيمة فيما بعد . ووظيفة الساقط أن يكوّن مهدا ليناً للبويضة يمنع عنها التأثيرات المضرة من الاصابات العرضية

والصدمات ، وقد يكون من وظيفته أيضاً أن يمنع طبقة التروفوبلاست من التمادى فى اختراق الأنسجة الأمية .

بقية التغييرات التى تحدث فى البويضة — التغير الثانى الذى يحصل فى البويضة هو ان الخلايا تتكاثف فى جهة من سطح البويضة مكوّنة لبقعة تكون مستديرة أولاً ثم تصير بيضية وتسمى بالبقعة المضغية ، وهى التى يتكون منها الجنين فيما بعد (انظر شكل ٣١) . وفى الغالب لا يتم هذا الأمتى التصقت البويضة بالرحم ، لأن هذه المسافة تكون دائماً فى الجهة المقابلة لجدر الرحم، وبالتالى فى الجهة الأكثر امتصاصاً للغذاء. وفى هذه البقعة تنشأ الطبقة المتوسطة السابق ذكرها (الميزودرم) ، التى تمتد حتى تشغل كل سطح البويضة . ثم يظهر فى وسط البقعة المضغية بقعة شفافة لماعة تسمى بالمسافة الشفافة . ويتلو ذلك ظهور خط رقيق مظلم فى وسط المسافة الشفافة يسمى الأثر الأولى . وهو يتكوّن من ميزاب رقيق محدود بحافتين هما الصفائح الظهرية وتتكوّن من تكاثف الطبقة الاكتودرمية . وتحت هذا الميزاب يتكوّن فيما بعد جسم اسطوانى يسمى بالحبل الظهرى ، وهو الذى تتكوّن الفقرات حوله عند ظهورها . ثم ان الصفائح الظهرية تنمو الى فوق وتنحنى الى الباطن ثم تتقابل فى الخط المتوسط وتتحد بعضها مع بعض مكونة لقناة مُغلقة يتكوّن فيها المخ والنخاع الشوكى فيما بعد .

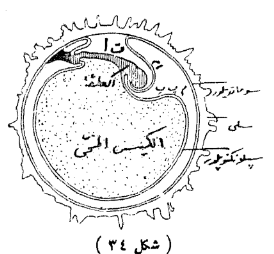
الحوصلة السرية — بينما تكون الصفائح الظهرية آخذة فى النمو الى فوق نحو سطح البويضة تكون حوافى البقعة المضغية آخذة فى الانثناء الى الباطن نحو مركز البويضة من الجانبين والأطراف على السواء . وبهذه الكيفية يتكوّن شبه قناة هى أول أثر واضح يظهر من الجنين . وهذه القناة تكون مفتوحة فى جهة مركز البويضة وهى الجهة التى يتكوّن فيها البطن.

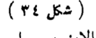
فيما بعد . وتكون محدبة فى جهة الظهر كما يظهر فى (شكلى ٣٣ و ٣٤) وانثناء أطراف المسافة الجرثومية الى الباطن يقسم البويضة الى جزئين : جزء داخل الجنين يتكوّن منه باطن الامعاء فيما بعد ، وجزء خارجه يسمى بالحوصلة السرية أو الكيس المحى (شكل ٣٤). والجزء الواصل بينهما يصغر حجمه كثيراً



(شكل ٣٣)

يبين تمام تكوين الامنيوس وتكون السلى. ا امنيوس . ١ المنطقة الشفافة . ٢ الوريقة الظاهرة للاپيدرم بعد انغلاق الامنيوس . ح س حوصلة سرية . واعلا الشكل توجد الحوصلة السحيقة




(شكل ٣٤)

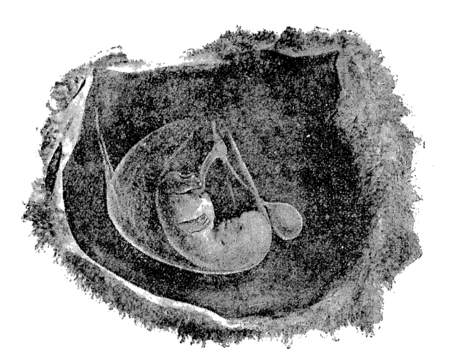
ت ا تجويف الامنيوس . ا م الثنية الامنيوسية التى تحدث من هبوط العلقة لمركز البويضة . م ب ب المسافة البريتونية البلوراوية . وهذا الشكل يبين ايضا انقسام الميزودرم ، وتكوّن السوماتوپلور والسبلانكنوپلور

ويكوّن عُنيقاً يسمى بالقناه المحية. وعلى القناة والحوصلة السرية تتوزع الأوعية السرية المساريقية . وفى أول الأمر تكون الحوصلة السرية كبيرة بالنسبة الى التجويف الذى فى داخل الجنين ، وتكون هى الواسطة المهمة فى تغذيته. ولكنه كلما نما الجنين ضمرت الحوصلة السرية حتى انه بمجرد وصول الأوعية الجنينية للسلى تصير الحوصلة عديمة الفائدة . وتمكن مشاهدة الحوصلة السرية فى أحوال الاجهاض حتى نهاية الشهر الثانى ، ولكن بعد ذلك تأخذ فى الضمور حتى لا يبقى منها وقت الولادة الا أثر خفيف على السطح الجنينى للمشيمة ، ما بين الامنيوس والسلى . وفى أغلب الأحوال يستدق العنيق الذى

بين الحوصلة والأمعـاء شيئاً فشيئاً حتى يزول بتاتاً وتنفصل الحوصلة عن الجنين وتنفجر .

الامنيوس — فى بداءة التعنق الذى يفصل الحوصلة من الامعاء ، تكون العلقة (وهى الجزء الذى يكوّن الجنين فيما بعد) آخذة فى الضخامة عند طرفها الدماغى ، وآخذة فى الترقق عند طرفها الذنبى ، ويكون الظهر آخذاً فى التقوس للظاهر . وفى هذا الوقت أيضاً يبدأ انفصال الغشاء البلاستودرمى الى طبقتين فى محيط المسافة الجرثومية كله . وهذا الانقسام يخترق الميزودرم ، بحيث تكون الطبقـة الظاهرة محتوية على الاپيدرم وجزء من الميزودرم ، والطبقة الباطنة على الاندودرم وجزء من الميزودرم . والطبقة الظاهرة تسمى بالسوماتو پلور (أو الجزء الجسمى) . وجزؤها العلقى يكوّن جدر الجسم فيما بعد . والطبقة الباطنة تسمى بالسپلانكنو پلور (أو الجزء المعوى) ، وجزؤها العلقى يكوّن جدر القناة الهضمية . وهذا الانقسام ليس خاصاً بالجزء العلقى فقط بل أنه يأخذ فى الامتداد حتى يعم الطرف المقابل للكيس المحى ويجعله حويصلة منفصلة عن البويضة (انظر شكل ٣٤) . والجزء الوحيد من الميزودرم الذى لا يعمه الانقسام هو الجزء المركزى لظهر الجنين ، ومحل العنيق البطنى . وهذا المكان يكون موجوداً بالقرب من الطرف الذنبى للجنين وفيه يتضاعف الميزودرم بدلاً عن الانقسام . وبهذه الكيفية يتكوّن شبه قنطرة تصل السپلانكنو پلور بالسوماتو پلور . وعلى هذه القنطرة تنمو الأوعية الجنينية حتى تصل الى السلى (انظر شكل ٣٤) . والجزء العلقى للمسافة البلوراوية البريتونية يكوّن فيما بعـد التجويف البلوراوى البريتونى للجنين (انظر شـكل ٣٤) . ثم يتبع ذلك ظهور ميزاب حول العلقة مبتدئاً فى جهة طرفها الدماغى ، يجعلها متميزة عن البويضة . ثم أن العلقة تهبط الى مركز

البويضة جاذبة معها السوماتوپلور فقط كما يتضح فى شكل ٣٤ ، فينعطف السوماتو بلور حولها مكوّناً ثنياتٍ حول الطرف الدماغى ، والطرف الذنبى ، وحول الجانبين . ثم تأخذ هذه الثنيات فى النمو حتى تتقابل بعضها مع بعض على ظهر الجنين ، ثم تتحد ويزول الحاجز الذى بينهما (انظر شكل ٣٣) ، فيتكوّن بهذه الكيفية كيسان الكيس الواحد باطن يلتف حول البويضة ، وهو الامنيوس . والكيس الآخر ظاهر يسمى بالامنيوس الكاذب يتحد بالمنطقة الشفافة مكوناً للسلى (انظر شكلى ٣٣ و ٣٤) .



(شكل ٣٥) بويضة عمرها ٩ أسابيع تقريبا (كواين)
لاحظ كبر حجم الحويصلة السلائية نسبياً وصغر حجم الكيس الامنيوسى المملوء سائلا

فيتضح من كيفية تكوين الامنيوس ان سطحه الذى يكون متجهاً الى الباطن جهة ظهر العلقة هو المتكوّن من الايبيلاست والطبقة الظاهرة من الميزوبلاست وهو على استدامة البشرة المغطية لجسم العلقة . وفى أثناء حصول هذه التغييرات يكون السپلانكنوبلور قد هبط الى مركز البويضة

مع العلقة واتخذ شكل كيس ذى عنيق يسمى بالحوصلة السرية أو الكيس المحى (انظر شكلى ٣٤ و ٣٥)

وفى أول الأمر يكون الكيس الامنيوسى منفصلاً عن السطح الباطن للسلى بمادة هلاميــة نصف سائلة ، تملأ المسافة التى بينهما (وهى المسافة البلوراوية البريتونية . (شكل ٣٥) ولكن فى آخر الشهر الثالث يمتلىء الكيس بالسائل الامنيوسي رويداً رويداً حتى يلامس السلى .

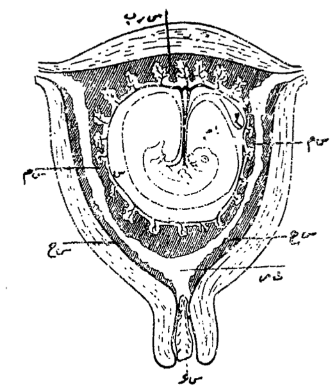
السائل الامنيوسى — الكيس الأمنيوسى يكون فى أول الأمر ملاصقاً لظهر المضغة . ولكن ينفرز فيما بعد سائل مصلى بينه وبينها فينفصلان أحدهما عن الآخر . وهذا السائل يأخذ فى الازدياد شيئاً فشيئاً ، وكلما ازداد اقترب الأمنيوس من السلى الى أن يتلاصقا أخيراً . ويلتصق الأمنيوس بالحبل السرّى فى نقطة اندغامه بحيث لا يمكن فصلهما .

ونسبة السائل الأمنيوسى لحجم الجنين تكون اكبر فى أول الحمل منها فى أواخره . واكبر كمية له يبلغها فى الشهر السابع أو الثامن . وبعد ذلك يمتص جزء صغير منه . والمقدار المتوسط له وقت الولادة يختلف بين نصف لتر ولتر وربع . وثقله النوعى يتراوح بين ١٠٠٤ و ١٠٢٥ . وفى أول الحمل يكون شفافاً رائقاً ، ولكنه يتعكر فى أواخر الحمل . وهو يحتوى على آثار قليلة من الزلال ، والجلوكوز اذا كانت الأم مصابة بالبول السكرى ، والبولينا ، وأملاح مختلفة ، وبعض خلايا بشرية متفاسة ، وقليل من وبر جسم الجنين .

أما منشأ السائل الأمنيوسى فمشكوك فيه ، يظنه البعض منفرزاً من الأنسجة الأمية ، والبعض الآخر من الأنسجة الجنينية . ولكن الأغلب ان الأم والجنين كليهما يشتركان فى افرازه . والدليل على ذلك أن الأدوية التى تعطى للأم مثل يودور البوتاسيوم مثلاً ، ينفرز جزء قليل منها فى السائل

الأمنيوسى . ووجود البولينا فيه يثبت اشتراك الجنين فى افرازه .

أما وظيفة السائل الامنيوسى فمهمة جداً مدة الحمل والولادة . أما مدة الحمل فبالنسبة لكونه موصلاً رديئاً للحرارة يحفظ الجنين فى حرارة متوازنة . ثم أنه أيضاً يخفف تأثير الصدمات على الجنين ، ويسمح له بتحريك أطرافه



(شكل ٣٦)

رسم صورى للرحم الحامل فى الاسبوع السابع أو الثامن . أم تجويف الامنيوس . س سلى . م الحوصلة المحية (السرية) . س ى السدادة العنقية . ت ر التجويف الرحمى . س ح ساقط رحمى . س م ساقط مغاف . س ر ب ساقط رحمى بويضى أو قاعدى (جلت)



(شكل ٣٧)

يوضح الحوصلة السرية والحوصله السجقية والخمل السلائى

بسهولة . ويظن بعضهم أن الجنين يبتلع مقداراً وافراً من السائل الأمنيوسى فى أواخر الحمل ليتغذى به . أما مدة الولادة فيساعد السائل الأمنيوسى على تمديد العنق ويمنع التأثير المضر الذى قد يحدث من ضغط جدر الرحم على الجنين وقت الانقباضات الرحمية .

الحوصلة السجقية — حالما يتكوّن السلى يتغطى سطحه بطبقة خملية تنغرز فى الغشاء المخاطى الرحمى وتمتص مواد مغذية من الأوعية الليمفاوية للرحم . ولكن متى تكوّنت الحوصلة السجقية يحصل تغير فى السلى وطبقته الخملية سيشرح فيما بعد . أما الحوصلة السجقية فتبدأ بمثل زر يتكوّن على السطح البطنى للعلقة ، ثم يأخذ فى النمو والبروز فى جزء من تجويف السلى لا يكون مشغولاً بالكيس المحى ولا بالأمنيوس . ووظيفة هذه الحوصلة هى أنها تكوّن المثانة البولية للجنين وتساعد على تكوين المشيمة (انظر شكل ٣٧) .

اما كيفية نموها فهى أن هذا الزر ينمو شيئاً فشيئاً حتى يصل الى السطح الغائر للسلى موصلاً له الأوعيــة الدموية التى تكون قد مرت على جانبه من الأورطى الأثرى للجنين . وهذه الأوعية تسمى بالشرايين السرية، وهى تتفرع الى جملة فروع تتوزع على الخمل السلائى . والمحل الذى تتقابل فيــه الحوصلة السجقية مع السلى هو المحل الذى تتكوّن فيه المشيمة فيما بعــد . وفى هذا المحل يزداد نمو الخمل السلائى ازدياداً عظيماً ويكبر حجمه بينما يكون الخمل المغطى لبقية السلى آخذاً فى الضمور شيئاً فشيئاً .

﴿ السلى ﴾

السلى هو الغلاف الثانى للجنين . سطحه الباطن يلامس الأمنيوس وسطحه الظاهر مغطى بنسيج خَمْلى ينمو ويتداخل فى الغشاء المخاطى الرحمى ، فيمتص مواد مغذية ينقلهــا الى الجنين بواسطة الأوعية الجنينية التى تحملها اليه الحوصلة السجقية . وهو يتكوّن من اتحاد الأمنيوس الـكاذب بخلايا التروفوبلاست . ويتركب الخمل السلائى من : (١) طبقــة بشرية ، (٢) نسيج ضامّ ، (٣) أوعية دموية .

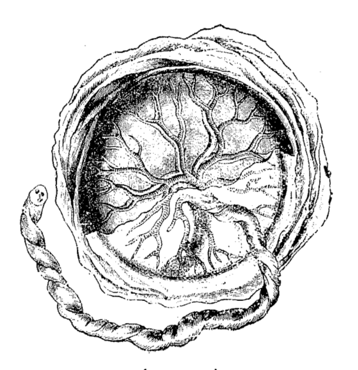
أما الطبقـة البشرية فتتألف من طبقتين : الظاهرة عبارة عن قطع بروتوبلازمية ذات نويات عديدة ، والباطنة عبارة عن خلايا واضحة ذات نوايا بيضية الشكل كثيراً ما تكون مرتكزة على غشاء قاعدى . وتسمى الطبقة الظاهرة بالسنسيشُم ، والباطنة طبقة لنجهان . وتشبه قطع الخَمْل سيقاناً لها فروع متشعبة كأصابع اليد ، وفى كل ساق شريان ، ووريد ، وأوعية شعرية . ولا يفصل الأوعية الشعرية عن دم الأم الاّ الطبقة البشرية المغطية للخمل ، وطبقة الأندوثليوم المبطنـة للشرايين الشعرية للأم ، والنسيج الضام الذى يكوّن الجزء الأكبر للخَمْل .

والجنين يعتمد فى غذائه على السلى من وقت وصول الحوصلة السجقية اليه (فى الأسبوع الرابع تقريباً) الى وقت انقذافه . ففى أول الأمر تكون الأوعية متوزعة على الخمل السلائى جميعه ، ولكن فى أواخر الشهر الثالث تتنوع تنوعاً مهماً . فان الخمل السلائى يأخذ وقتئذٍ فى الضمور فى كل محيط السلى ما عدا الجزء الذى فى الساقط الرحمى البويضى فانه ينمو نمواً عظيماً ، ويساعد على تكوين المشيمة . وفى نهاية الشهر الرابع يكون قد زال الخمل كله ما عدا الجزء الذى ساعد على تكوين المشيمة فانه يكون واسطة الاتصال ما بين الأوعية الجنينية والأوعية الرحمية .

* المشيمة *

هى قرص خلوى وعائى مستدير غالباً أو بيضى ، اسمك فى المركز منها فى المحيط ، لونها أحمر ، ونسيجها هش . يبلغ قطرها من ١٥ — ٢٠ سنتيمتراً ، وسمكها فى المركز من سنتيمترين الى ثلاثة سنتيمترات وترق عند حافتها التى تتصل بالسلى والساقط ، ووزنها المتوسط ٤٥٠ جراماً . سطحها الباطن أملس مقعر مغطى بالأمنيوس الذى يسهل نزعه الى مكان اتصاله بالحبل السرى .

وتحت الأمنيوس يشاهد سطح السلى وهو أيضاً أملس . وعليه تجرى الفروع الكبيرة السطحية للأوعية السرية قبل أن تنفذ فى باطن المشيمة . ولا تصل هذه الفروع الى حافة المشيمة الطبيعية . واذا عملنا شقاً فى سطحها الجنينى نجد السلى الذى لا يبلغ سمكه هنا أكثر من مليمترين ، ونجد ناشئة منه كتل الخمل السلائى . ويندغم الحبل فى وسط السطح الجنينى عادة (أنظر شكل ٣٨) .



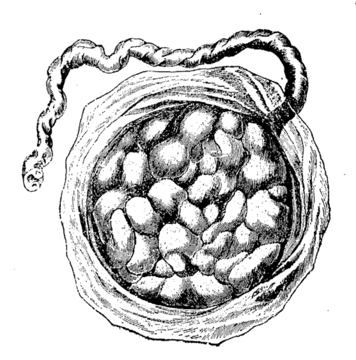
(شكل ٣٨)

السطح الجنينى للمشيمة . الجزء العلوى منزوع منه الغشاء الامنيوسى .

أما السطح الظاهر فلاصق لجدر الرحم وهو خشن مشقوق بميازيب تقسمه الى فصوص وفصيصات . واذا تأملناه جيداً نجده مغطى بغشاء رمادى رقيق جداً هو الجزء الذى ينفصل من الغشاء الساقط القاعدى عند انفصال المشيمة . واذا لمسناه فقد نشعر فى بعض جهاته بخشونة سببها رسوب مواد جيرية قد تكون كبيرة الحجم فى بعض الأحيان بحيث تراها العين بوضوح . وعلى حافة المشيمة يجرى وعاء كبير هو الجيب الدائرى الذى يعيد بعض الدم الأمى من المسافات التى تتخلل الخمل السلائى . ويندر أن يحيط هذا الجيب

بالمشيمة تماماً . وفى أواخر الحمل تنسد بعض الفروع الوعائية للشريان السري فتضمر الأجزاء السلائية التى تتغذى منهُ ، ويصطحب ذلك برسوب ليفين (fibrin) من دم الأم على بشرة السلى فيتألف من ذلك بقع بيضاء باصفرار صلبة يختلف حجمها من حبة الذرة الى البندقة وتسمى بالسكتات المشيمية .

والمشيمة تتركب من الأنسجة الآتية ، مبتدئين فى عدّها من الظاهر الى الباطن : —



(شكل ٣٩)   السطح الرحمى للمشيمة

(١)   طبقة قاعدية مكوّنة من الجزء الغائر للساقط ، وهى تلى الطبقة الاسفنجية للساقط القاعدى التى يحصل فيها انفصال المشيمة .

(٢)   سلسلة جيوب وعائية تختلط بعضها ببعض ، ذات مسافات كبيرة مفرطحة يتخللها الخمل السلائى ، محدودة من الجهة الرحمية بالطبقة القاعدية ، ومن الظاهر بالسلى أو بطبقة رقيقة من الساقط . وهذه الجيوب تحتوى على دم شرياني يصل اليها من الشريان الرحمى ، الذى ينفذ فى الطبقة الاسفنجية للساقط القاعدى ، ثم يخترق الطبقة القاعدية ويفتح فى هذه الجيوب

مباشرة بدون توسط أوعية شعرية . ومن هذا يتضح لنا ان الحمل الجنينى محاط بدم شريانى رحمى .

(٣) حواجز ليفية تنشأ من الطبقة القاعدية للساقط ، وتسير الى السلى فتقسم جيوبه الوعائيـة الى فصوص وفصيصات . وهذه الاقسام الثلاثة : (١) و (٢) و (٣) هى كل ما يبقى من الساقط القاعدى .

(٤) طبقة من السلى وخمله . فالخمل يعوم فى الجيوب الوعائية السابق ذكرها ، ويتوزع عليه أوعية شعرية من فروع الأوعية السرية .

(٥) طبقة من الامنيوس تغطى سطحها الباطن .

وللمشيمة ثلاث وظائف : — (١) تشتغل كعضو تنفس للجنين فتنقل اليه المقدار اللازم له من الاوكسيچين ، (٢) تغذى الجنين فتنقل اليـه مواد مغذية من دم الام ، (٣) تشتغل كعضو مفرز فتخرج المواد غير الصالحة من دم الجنين وتنقلها الى دم الأُم .

﴿ الحبل السرّى ﴾

الحبل السرّى هو الذى يصل المشيمة بالجنين . ينشأ من سرة الجنين ويندغم على مركز المشيمة ، حاملاً الأوعية التى بواسطتها يحصل تبادل الدم بين الام والجنين . وهذه الأوعية ثلاثة : — شريانان سريان يحملان الدم الذى فقد اوكسيچينه، من الجنين الى المشيمة، ووريدسرى ينقل الدم الذى اكتسب اوكسيچينا، من المشيمة الى الجنين. وهذه الاوعية محاطة بمادة هلامية تسمى هلام هوارتون . والحبل السرى جميعه يتغطى بطبقة من الامنيوس . ويحتوى على بقايا الحوصلة السجقية والقناة المحية . ومتوسط طوله خمسون سنتيمتراً ،

ولكنه قد يتراوح بين ١٤ — ١٦٠ سنتيمتراً . وسمكه يقارب سمك الشاهد . وهو ملتو على نفسه جملة مرات .

﴿ نمو الجنين ﴾

من المهم معرفة درجة نمو الجنين ، وأهم مميزاته فى الأشهر المختلفة للحمل . ولذلك سنذكرها هنا بالاختصار : —

الشهر الاول — أصغر بويضتين شوهدتا كان عمرهما ٨ — ١٢ يوماً . وكان قطر الصغرى ٣ ملليمترات وقطر الكبرى سنتيمتراً واحداً ، وطول المضغة ملليمترين . وفى هذه المدة كانت البويضة تتغذى بالاسموز . أما فى نهاية الأسبوع الرابع فتبلغ البويضة حجم بيضة الحمامة ، ويبلغ طول المضغة ٨ ملليمترات . ومن الأسبوع الثانى فما فوق تمتص المضغة غذاءها من الحوصلة السرية بواسطة الأوعية المساريقية السرية . وفى هذا الوقت تكون الحوصلة السجقية بدأت فى الظهور والسير نحو السلى حاملة الاوعية الجنينية .

الشهر الثانى — فى نهاية الشهر الثانى تكون البويضة فى حجم بيضة الدجاج ، ويكون طول العلقة ٣ سنتيمترات وثقلها ١٥ جراماً ، وتكون الحوصلة السرية قد كادت تضمر تماماً . وتكون الحوصلة السجقية قد بلغت الخمل السلائى ، وابتدأت تنقل الغذاء منه الى العلقة ، ويكون الخمل قد أخذ فى التلاشى الاَّ حيث تتكون المشيمة . وتظهر بعض نقط عظمية فى الترقوة والفك السفلى .

الشهر الثالث — فى نهاية الشهر الثالث تكون البويضة قد بلغت حجم البرتقالة ، وصار قطرها من ٨٫٥ — ١٠ سنتيمترات تقريباً ، وتكون العلقة قد بلغ طولها من ثمانية الى تسعة سنتيمترات ، وصار وزنها ٨٥ جراماً تقريباً ،

ويكاد يتم تكوّن المشيمة . والسلى الذي لم يدخل فى تكوينها يكون قد فقد حمله . وأعضاء التناسل تكون قد بدأت فى الظهور ، ولكن لا يمكن تمييزها. ويمكن ان ترى بعض آثار للاظافر. وتظهر بعض نقط عظمية فى أغلب العظام.

الشهر الرابع — فى نهاية الشهر الرابع يطلق على العلقة اسم « جنين » وفى نهاية هذا الشهر يكون قد بلغ طول الجنين ١٢٫٥ سنتيمتراً تقريباً، ووزنه ٢١٢ جرام . ويكون الحمل السلائى قد ضمر تماماً ماعدا ما دخل منه فى تكوين المشيمة التى يكون قد تم تكوينها حينئذٍ . والاعضاء التناسلية تصير واضحة تمام الوضوح ، ويبدأ ظهور الوبر على جلد الجنين .

الشهر الخامس — فى نهاية الشهر الخامس يكون طول الجنين قد بلغ ٢٥٫٥ سنتيمتراً ووزنه ٤٥٠ جراماً. ويبدأ الشعر فى الظهور على الرأس ويتغطى الجسم بوبر رفيع . ويبدأ جسم الجنين فى التغطى بطبقـة من مادة دهنية مؤلفة من خلايا بشرية متفلسة ومن أفراز الغدد الدهنية .

الشهر السادس — فى نهاية الشهر السادس يبلغ طول الجنين ٣٠ سنتيمتراً، ووزنه من ٩٠٧ — ١١٣٤ جراماً . والحاجبان والاهداب تبـدأ فى الظهور . وتظهر مادة صفراء فى الأمعاء الدقاق ، ويظهر العقى فى الامعاء الغلاظ . وتبدأ المواد الشحمية فى الظهور تحت الجلد .

الشهر السابع — فى نهاية الشهر السابع يبلغ طول الجنين ٣٥ سنتيمتراً ، ووزنه ١٤٠٠ جرام . والغشاء الحدقى لا يزال ظاهراً، وعند الجنين الذكر تكون الخصيتان فى القناة الأربية . ويكون الوبر قد أخذ فى الزوال . واذا ولد الجنين يصرخ صراخاً ضعيفاً. ومن نهاية هذا الشهر يعتبر الجنين قابلاً للحياة.

الشهر الثامن — فى نهاية هذا الشهر يبلغ طول الجنين ٤٣ — ٤٥

سنتيمتراً، ووزنه ١٨٠٠ الى ٢٤٠٠ جرام . وتزداد المواد الشحمية تحت الجلد فيزول تكرشه، ويزول مقدار كبير من الوبر، ويأخذ الغشاء الحدقى فى الزوال .

الشهر التاسع — فى نهاية هذا الشهر يبلغ طول الجنين ٤٥ سنتيمتراً . ووزنه كيلوجرامين الى كيلوجرامين وربع . واللون الأحمر اللامع الذى كان عليه الجلد لغاية الآن يبدأ فى الزوال . ولا تكون الأظافر قد بلغت نهاية الأصابع تماماً .

الشهر العاشر — وهو نهاية الحمل، وفى نهايته يبلغ طول الجنين خمسين سنتيمتراً، ووزنه سبعة أرطال (٣١٧٥ جراماً) تقريباً . والذكور أثقل قليلاً من الأناث . وتكون الأظافر قد تجاوزت أطراف الأنامل ، فى حين أن أظافر الأقدام تكون قد بلغت نهاية الأصابع فقط . والوبر يكون قد زال عن جميع الجسم ما عدا الاكتاف . ومتى ولد الجنين يصرخ بشدة ويحرك أطرافه بقوة . وفى الأطفال الذكور تكون الخصيتان قد نزلتا فى الصفن . وفى الاناث يكون الشفران العظيمان مغطيين للشفرين الصغيرين . وبعد مرور بضع ساعات على ولادة الجنين يبول ، ويتغوّط عقيا . والعقى يتكوّن من مواد خضراء أو تكاد تكون سوداء ، مؤلفة من مخاط ووبر وخلايا بشرية وصفراء . والصفراء هى التى تكسبه اللون الأخضر المسود .

وهناك طريقة سهلة جداً لمعرفة طول الجنين فى الاشهر المختلفة للحمل . وهى انه فى الاشهر الخمسة الاولى يكون طول الجنين مساوياً لمربع عدد الاشهر سنتيمترات . وفى الاشهر الخمسة التالية يكون طوله مساوياً لعدد الاشهر مضروباً فى خمسة .

عدد الاشهر			طول الجنين بالسنتيمتر
١	١	= ١ ×	١
٢	٢	= ٢ ×	٤
٣	٣	= ٣ ×	٩
٤	٤	= ٤ ×	١٦
٥	٥	= ٥ ×	٢٥
٦	٦	= ٥ ×	٣٠
٧	٧	= ٥ ×	٣٥
٨	٨	= ٥ ×	٤٠
٩	٩	= ٥ ×	٤٥
١٠	١٠	= ٥ ×	٥٠

﴿ رأس الجنين والدورة الجنينية ﴾

تتركب قبة الجمجمة عند الجنين من العظام الآتية : نصفا العظم الجبهي من الامام، والعظم المؤخرى من الخلف ، والعظمان الجداريان على الجانبين بين العظمين الجبهيين والمؤخرى ، ومن الجزء القشرى للعظمين الصدغيين . وعظام القبة رقيقة عند حوافيها وتأخذ في السمك كلما اتجهت نحو المركز، حيث تنتهى بارتفاع سميك يسمى بالحدبة . فالارتفاعان اللذان على العظمين الجبهيين يسميان بالحدبتين الجبهيتين ، والارتفاعان اللذان على الجداريين يسميان بالحدبتين الجداريتين، والارتفاع الذى على العظم المؤخرى يسمى بالحدبة المؤخرية .

والخطوط التى تنشأ من تقابل عظام القبة بعضها ببعض تسمى بالتداريز . فالخط الذى ينشأ من تقابل نصفى العظم الجبهى يسمى بالتدريز الجبهي ، والخط الذى ينشأ من تقابل الجبهيين بالجدارين يسمى بالتدريز الجبهي الجدارى ، والذى ينشأ من تقابل العظمين الجداريين يسمى بالتدريز السهمى ، وهو امتداد التدريز الجبهي الى الخلف ، والذى ينشأ من تقابل العظمين الجداريين بالعظم المؤخرى يسمى بالتدريز اللامى لمشابهته لحرف اللام

اليونانية. وفى محل تقاطع التدريز الجبهى الجدارى بالتدريزين السهمى والجبهى توجد مسافة غشائية لا عظم فيها، معينية الشكل، تسمى باليافوخ المقدم. وفى محل تقابل التدريز السهمى بالتدريز اللامى توجد مسافة غشائية مثلثة الشكل، اصغر من السابقة تسمى باليافوخ الخلفى. ويوجد أيضاً أربعة يوافيخ اضافية أقل من هذين اهمية: اثنان منهما فى الجهة الامامية الجانبية ويسميان باليافوخين الصدغيين، واثنان فى الجهة الخلفية الجانبية ويسميان باليافوخين الحاميين. وهذه التداريز واليوافيخ مهمة جداً لان وجودها يساعد على تصغير حجم الرأس بتراكب العظام بعضها على بعض وقت الولادة. واليافوخان المقدم والخلفى يساعدان المولد كثيراً على تشخيص الأوضاع المختلفة للمجيء بالقمة. ويتميز اليافوخ المقدم عن الخلفى بأن المقدم معينى الشكل، والخلفى مثلث الشكل. ولكن متى انضمت العظام بعضها الى بعض وقت الولادة تزول المسافة الغشائية لليوافيخ، ويحس باليافوخ المقدم كأنه نقطة تقابل أربعة تداريز، والخلفى كأنه نقطة تقابل ثلاثة تداريز.

أما قاعدة الجمجمة فتتألف من عظام مرتبطة بعضها مع بعض ارتباطاً متيناً. ويتركب الوجه من أربعة عشر عظماً منضمة بعضها مع بعض انضماماً متيناً يجعلها أيضاً غير قابلة للتصغير

جدارى جدارى
صدغى صدغى

(شكل ٤٠)
الاقطار المستعرضة لرأس الجنين

أقسام الجمجمة — تنقسم الجمجمة الى الأقسام الآتية:

(١) المؤخر، وهو المسافة الواقعة ما بين نقطة أسفل الحدبة المؤخرية مباشرة وبين اليافوخ الخلفى.

(٢)   القمة ، وهى المسافة بين اليافوخ المقدم واليافوخ الخلفى . ومحدودة جانبياً بالحدبتين الجداريتين .

(٣)   الجبهة، وهى المسافة بين اليافوخ المقدم ومنتصف المسافة بين الحاجبين.

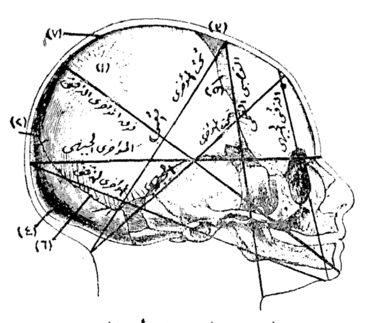
(٤)   الوجه، وهو المسافة الواقعة ما بين نقطة بين الحاجبين ومحل اتصال الذقن بالعنق . ومحدودة جانبياً بخط يمر أمام الأذنين .

أقطار رأس الجنين — هذه الأقطار هى خطوط فرضية يتصوّر الإنسان وجودها بين نقط مختلفة من الجمجمة لسهولة تقدير حجم الرأس ، ومعرفة الأوضاع المختلفة . وأطوالها فى رأس الجنين التام النمو هى الآتية : —

تحت المؤخرى القمى	وطوله	٩٫٥	سنتيمترات
القصى القمى	«	٩٫٥	«
الذقنى الجبهى	«	٨	«
المؤخرى الذقنى	«	١٢٫٥	«
فوق المؤخرى الذقنى	«	١٤	«
المؤخرى الجبهى	«	١١٫٥	«
تحت المؤخرى الجبهى	«	١٠	«
الجدارى الجدارى	«	٩٫٥	«
الصدغى الصدغى	«	٨	«

فالقطر تحت المؤخرى القمى يمر من اليافوخ المقدم الى نقطة أسفل الحدبة المؤخرية مباشرة . والقطر القصى القمى يمر من اليافوخ المقدم الى محل تقابل الذقن بالعنق . والجبهى الذقنى هو المسافة بين أوطأ نقطة على الذقن وأعلى نقطة على الجبهة . والمؤخرى الذقنى هو المسافة بين قمة الذقن واليافوخ الخلفى . وفوق المؤخرى الذقنى هو المسافة بين قمة الذقن وأبعد نقطة على قبة الجمجمة . والمؤخرى الجبهى هو المسافة بين اليافوخ الخلفى ومنتصف المسافة بين الحاجبين . وتحت المؤخرى الجبهى هو المسافة بين الحدبة الجبهية

ونقطة أسفل الحدبة المؤخرية مباشرة. والقطر الجدارى الجدارى هو المسافة بين الحدبتين الجداريتين. والقطر الصدغى الصدغى هو المسافة بين أبعد نقطتين على التدريز الجبهى الجدارى.



(شكل ٤١) اقطار رأس الجنين

(١) الحدبة الجدارية (٢) اليافوخ الخلفى (٣) اليافوخ المقدم (٤) الحدبة المؤخرية
(٥) التدريز الجبهى الجدارى (٦) التدريز اللامى (٧) التدريز السهمى

أقطار الجذع — الاخرمى الاخرمى وطوله ١٢ سنتيمتراً ويصغر بالضغط الى ٩ سنتيمترات، والقصى الظهرى وطوله ٩،٥ س ويصغر بالضغط الى ٨ س.

أقطار المقعدة — المدورى المدورى وطوله ٩ سنتيمترات، والحرقفى الحرقفى وطوله ٨ سنتيمترات، والمقدم الخلفى أو العانى العجزى وطوله ٥ سنتيمترات ونصف.

﴿ الدورة الجنينية ﴾

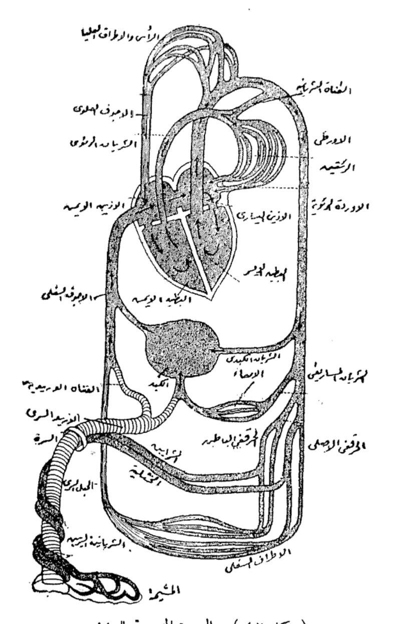
قبل ولادة الجنين وتكوّن الدورة الرئوية يكون مرور الدم من المشيمة الى الجنين، ومنه الى المشيمة لكى ينقى، كما يلى: (انظر شكل ٤٢)

يحمل الوريد السرى الدم النقى من المشيمة الى الجنين، وينفذ من

السرة ، ثم ينقسم عند الميزاب المستعرض للكبد الى فرعين . فالفرع الأكبر يصب فى الاجوف السفلى بواسطة القناة الوريدية ، حيث يقابل الدم غير النقى العائد من الاطراف السفلى . والفرع الأصغر يصب فى الوريد الباب ، ومنه يتوزع فى نسيج الكبد ، ثم يصب فى الاجوف السفلى بواسطة الاوردة الكبدية ، حاملاً له الدم الذى وصل الى الكبد من الشريان الكبدى .

وبعد ذلك يصب الاجوف السفلى فى الاذينة اليمنى حاملاً له دماً نقياً من المشيمة ، ودماً غير نقى من الكبد والأطراف السفلى . ثم أن صمام يوستاك يوجه الدم الذى فى الاذينة اليمنى الى الاذينة اليسرى ماراً بالثقب البيضى ، بدون ان يمتزج كثيراً بالدم غير النقى الذى يصب فى الاذينة اليمنى من الاجوف العلوى . ومتى وصل الدم الى الاذينة اليسرى يختلط هناك بالدم غير النقى الراجع من الرئتين فى الاوردة الرئوية . ومن الاذينة اليسرى يصب الدم فى البطين اليسرى ، ومنه الى الاورطى . ومن الاورطى تتفرع فروع صغيرة تحمل الدم الى الرأس والأطراف العليا ثم تعود منها الى الاجوف العلوى الذى يصب فى الاذينة اليمنى . اما معظم الدم فيسير فى الاورطى النازل حيث يقابل الدم غير النقى الذى يصب فى الاورطى من الشريان الرئوى ، بواسطة القناة الشريانية . ثم أن هذا الدم المختلط يتجه الى الأطراف السفلى حيث يعود جزء منه الى الأجوف السفلى ، إما مباشرة أو بواسطة الكبد . والجزء الآخر يمر الى الشرايين الخثلية ومنها الى السرة ، فالشرايين السرية ، فالمشيمة .

أما الفروع التى نشأت من الأورطى وصعدت الى الرأس والأطراف العليا ومنها عادت الى الاجوف العلوى ، فيبقى علينا تتبع سير الدم فيها .



(شكل ٤٢)   الدورة الدموية للجنين
الاوعية المخططة افقيا تحمل دما نقيا ، والمخططة عموديا تحمل دما غير نقى والخطوط الرقط أى المنقطة تحمل دما نقيا ممزوجا بدم غير نقى ٠ (منوع من جات)

عند ما تصب هذه الأوعية فى الأذينة اليمنى يختلط دمها بقليل من الدم النقى ، ثم يصب فى البطين الأيمن ومنه الى الشريان الرئوى . ومن الشريان الرئوى يمر الجزء الاكبر من الدم الى الأورطى بواسطة القناة الشريانية كما سبق شرحه ، والجزء الأصغر يمر فى الشريان الرئوى الى الرئتين ، ويعود منها الى الأذينة اليسرى بواسطـة الاوردة الرئوية ، وهناك يختلط بالدم الذى دخل الى القلب بواسطة الاجوف السفلى .

ومتى ولد الجنين وابتدأ التنفس تقف الدورة المشيمية ، وتحصل تنوعات في القلب والأوعيـة تنتج ما يسمى بالدورة الرئوية . والأسباب المتممة لحصولها هي امتلاء الرئتين بالهواء من أول شهيق ، وازدياد مقدار الدم في الأوعية الرئوية ووقوف الدورة المشيمية .

وتنتهي هذه التنوعات بانسداد القناة الشريانيـة والشرايين الخثلية ، وبانقطاع مرور الدم من الثقب البيضي ، وبانسداد الاوردة السرية والقناة الوريدية . فالأوعية الخثلية تنسد تماماً في اليوم الثالث أو الرابع بعد الولادة ، والقناة الشريانية في اليوم الثامن أو العاشر ، والاوردة السرية والقناة الوريدية في اليوم السادس أو السابع . أما الثقب البيضي ، ولو أن الدم ينقطع عن المرور فيـه من وقت الولادة ، فهو لا ينغلق تماماً الاَّ في النصف الأخير للسنة الأولى .

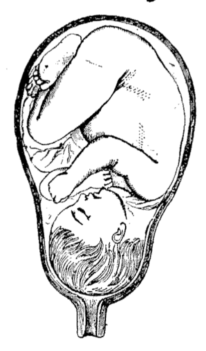
﴿ المجيء ، والأوضاع ، وقِعْدَة الجنين في الرحم ﴾

قعدة الجنين في الرحم — القِعْدة التي يقعدها الجنين في الرحم هي التي تجعل حجمه اصغر ما يمكن . فالظهر يكون متقوساً الى الوراء والرأس منثنياً على القص ، والساعدان متصالبين ، والفخذان منثنيين على البطن ، والساقان منثنيين على الفخذين ومتصالبين. والحبل السري يكون موضوعاً ما بين الذراعين والساقين . وبهذا القعدة يصبح شكل الجنين بيضياً تشغل الرأس احد طرفيه والمقعدة الطرف الآخر .

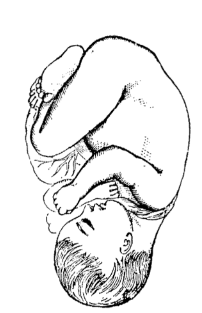
أنواع المجيء — المجيءُ هو اتيان الجنين بأحد أجزائه على المضيق العلوي . وله ثلاثة أنواع أصلية : —

(١) المجيءُ بالرأس ، ويحصل ٩٦٣٢ مرة في كل الف ولادة . ويشمل

المجيء بالقمة ، والمجيء بالوجه ، والمجيء بالحاجب ، والمجيء باليافوخ المقدم ، والمجيء باليافوخ الخلفي . ويسمى المجيء بحسب الجزء الذي يكون أكثر انحداراً لأسفل . ففي المجيء بالقمة تكون القمة ، وهي المسافة بين اليافوخ المقدم والخلفي أكثر أجزاء الرأس اتجاهاً الى أسفل وهكذا .



(شكل ٤٤)
توافق اقطار الرحم والجنين (جلابين)



(شكل ٤٣)
وضع الجنين في الرحم واتخاذه الشكل البيضي

(٢) المجيء بالمقعدة ، ويحصل ٣١١ مرة في كل ألف ولادة ، وينقسم الى مجيء كامل ، ومجيء ناقص . فالكامل هو الذي تنزل فيه المقعدة مع القدمين . والناقص هو الذي تنزل فيه المقعدة وحدها ، أو تنزل قدم أو قدمان أولاً ، أو ركبة أو ركبتان .

(٣) المجيء بالجذع ، ويحصل ٥٦ مرة في كل عشرة آلاف ولادة . ومما سبق شرحه يتضح لنا أن أكثر أنواع المجيء حدوثاً هو المجيء بالقمة . ولذلك ثلاثة أسباب وهي : —

(١) انه فى أشهر الحمل الأولى يكون نمو الرحم أسرع من نمو الجنين فيسهل على الجنين وقتئذٍ أن يأخذ الشكل الذى يريده . ولكن بتقدم الحمل يكون نمو الجنين أسرع من نمو الرحم ، حتى يأتي وقت يملأ فيه الجنين كل التجويف الرحمى ، فتضغط جدر الرحم عليه وتضطره أن يأخذ وضعاً تتوافق فيه أقطارهما . ولما كان شكل الرحم بيضياً طرفه السميك الى أعلى ، وكان شكل الجنين فى وضعه الرحمى بيضياً أيضاً، تشغل المقعدة أحد طرفيه ويشغل الرأس الطرف الآخر، وكان حجم المقعدة مع الأطراف السفلى اكبر من حجم الرأس، فلذلك تشغل المقعدة قاع الرحم ويشغل الرأس الجزء السفلى له. (أنظر شكلى ٤٣ و ٤٤) . كما انه فى الأحوال التى يتغير فيها شكل الرحم بالأورام مثلاً ، أو يتغير فيها شكل الجنين كأن يكون مصاباً بالاستسقاء الدماغى مثلاً، يكون المجىء معيباً كما يُرى فى شكل ٤٥



(شكل ٤٥)
الاستسقاء الدماغى وكيف يسبب مجيئا بالمقعدة لكى تتوافق الاقطار .
(جلابين)

(٢) ان الجنين فى أتيانه بالرأس يتبع قانون الثقل العام . فان رأسه يتجه الى أسفل لأنه أثقل أجزائه .

(٣) العامل الثالث الذى يساعد على حصول المجىء بالرأس هو كثرة تحرك الأطراف السفلى للجنين . فان الجنين اذا كان آتياً بالمقعدة مثلاً فلا تجد أطرافه السفلى مجالاً للحركة فى الجزء السفلي للرحم فتحاول الصعود الى القاع جاذبة معها المقعدة، وهناك تجد المتسع اللازم لحركتها فتستمر باقية فيه .

الوضع — هو العلاقة بين جزء ثابت للجنين والخط المتوسط للأم . وفى المجىء بالرأس والمقعدة يتخذ الظهر كجزء ثابت . فاذا كان الظهر متجهاً الى الأمام واليسار فالوضع هو الأول . وان كان متجهاً الى الأمام واليمين فالوضع هو الثانى . وفى الوضع الثالث يكون متجهاً الى الوراء واليمين وفى الرابع الى الوراء واليسار . أما فى المجىء المستعرض فيؤخذ الرأس كنقطة ثابتة . فاذا كان الرأس الى اليسار والظهر الى الأمام فالوضع هو الأول ، واذا كان الرأس الى اليمين والظهر الى الأمام فالوضع هو الثانى ، وان كان الرأس الى اليمين والظهر الى الوراء فالوضع هو الثالث ، وان كان الرأس الى اليسار والظهر الى الوراء فالوضع هو الرابع .

وفى المجىء بالرأس أو المقعدة يكون الوضع الأكثر حصولاً هو الوضع الأول الذى يكون فيه الظهر متجهاً الى الأمام واليسار .



الفصل السابع

﴿ الحمل وظواهره ﴾

الحمل هو الحالة التي تكون عليها المرأة من وقت العلوق الى وقت قذف البويضة ، سواء كان بالولادة أو بالاجهاض .

مدته . — مدة الحمل التام المدة عشرة شهور قمرية (أعنى ٢٨٠ يوماً) أو تسعة أشهر افرنجية وسبعة أيام ، تحسب من اليوم الأول لآخر طمث . وقد ذكر ونكل حالة طال فيها زمن الحمل الى ٣٢٢ يوماً . وقد شاهدتُ حالة بلغ فيها الحمل ٣١٥ يوماً وبلغ فيها وزن الجنين ١٣ رطلاً .

﴿ ظواهر الحمل ﴾

تنوعات أعضاء التناسل . — يتنوَّع الرحم فى جسمه وعنقه . فتنوعات الجسم تنقسم الى تنوعات طبيعية ، وتشريحية ، ووظيفية .

التنوعات الطبيعية للجسم — يتنوَّع الجسم فى وضعه، واتجاهه، وحجمه، وشكله ، وسمك جدره ، وقوامه ، ووزنه .

(الوضع) . — فى غير أوقات الحمل يكون الوجه المقدم للرحم مجاوراً للمثانة ، وتكون قمة العنق على خط يصل ما بين الشوكتين الوركيتين . أما فى نهاية الحمل فان قاع الرحم يكون فى منتصف المسافة ما بين السرة والنتوء

الخنجرى . ويكون وضعه فى الأشهر المختلفة للحمل كما يأتى : —

فى نهاية الشهر الثانى يكون الرحم فى حجم البرتقالة الكبيرة .
« « الثالث « الرحم فى حجم رأس الجنين التام التكوين
« « الرابع « القاع على منتصف المسافة ما بين العانة والسرة .
« « الخامس « القاع أسفل السرة على قيد أصبعين .
« « السادس « القاع فى محاذاة السرة .
« « السابع « القاع أعلى السرة بسمك ثلاثة أصابع .
« « الثامن « القاع فى منتصف المسافة ما بين السرة والنتوء الخنجرى .
« « التاسع يرتفع القاع الى النتوء الخنجرى .
« « العاشر يهبط الرحم الى ما كان فى الشهر الثامن .

(الاتجاه) . — فى أول الحمل يميل الرحم الى الأمام فيضغط على المثانة ويكثر طلب التبول ، ويضغط العنق على المستقيم فيحدث امساكاً .

(الحجم والوزن والسمك) . — طول الرحم والعنق فى غير أوقات الحمل ٧٫٥ سنتى ، وا كبر عرض له ٤٫٥ سنتى ، واكبر سمك ٣ سنتيمترات ، ووزنه من ٣٣ الى ٤٠ جراماً ، وتجويفه لا يسع الاّ نقطة سائل أو نقطتين . أما فى نهاية الحمل فيبلغ طوله من ٣١ — ٣٦ سنتيمتراً ، وعرضه ٢٤ سنتيمتراً ، وعمقه من ٢١ — ٢٣ سنتيمتراً ، ووزنه من ٧٠٠ — ١٤٠٠ جراماً ، وتجويفه يسع من ٤ — ٥ لترات .

(الشكل) - الشكل الطبيعى للرحم كمثرى مفرطح من الامام الى الوراء وفى الاشهر الستة الاولى يكون اكثر استدارة . اما فى نهاية الحمل فيصير بيضياً

وازدياد حجم الرحم فى اول الحمل سببه ضخامة جدره ، اما فى الاشهر المتوسطة والأخيرة فمن تمدده بسبب كبر البويضة . ولما كان هذا التمدد غير مصحوب بتضخم نسبي فسمك جدر الرحم يكون فى أواخر الحمل ارق منه فى الأشهر الاولى .

(القوام) . — تقل صلابة الرحم وتصير جدره رخوة مرنة .

تنوعات العنق — يتنوع العنق فى قوامه ، وحجمه ، وشكله ، واتجاهه .

القوام — صلب فى الحالة الاعتيادية يحس به كأرنبة الانف بل اصلب. ولكنه يبدأ فى اللين من ابتداء العلوق. وهذا اللين يأخذ فى الازدياد تدريجياً مبتدئاً من قمة العنق ومتجهاً الى فوق حتى انه يعم العنق كله فى نهاية الحمل. ويتسبب هـذا اللين من انسكاب سائل مصلى فى انسجة العنق، ومن الاحتقان الدموى الذى يحصل مدة الحمل.

الحجم والشكل والاتجاه — يحدث للعنق قصر ظاهرى تشترك ثلاثة عوامل فى تسببيه وهى :—

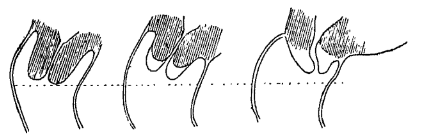
(١) اللين التدريجى للعنق يجعل الاصبع الباحث يحس بالجزء اللين كأنه غير موجود (انظر شكل ٤٦)

(٢) لين وارتخاء الانسجة التى تصل الرحم بالمهبل تسمح للعنق بأن ينجذب الى فوق كلما ارتفع قاع الرحم، فينتج من ذلك أن الجزء المهبلى للعنق يصير قصيراً، ولو ان تجويف العنق نفسه لا يحصل له قِصَر.

(٣) فى أوّل الحمل يكون محور العنق موازياً لمحور المضيق العلوى للحوض. ولكنه بتقدم الحمل يندفع محل اتصال العنق بالرحم الى الوراء، ويملأ الرحم جزءاً من قعر الكيس المقدم فينشأ عن ذلك ان الفوهة الظاهرة للعنق تقترب من الجدار المقدم للمهبل، ويقل بروز العنق فى المهبل كما هو موضح فى (شكل ٤٦)

ويحصل للعنق تنوع آخر وهو ان تجويفه ينسد بكتلة مخاطية صلبة تسمى بالسدادة العنقية (انظر شكل ٣٦ صفحة ١٠٥). وتنشأ هذه السدادة من ازدياد افراز الغدد العنقية. وهى تتألف من ثلاث طبقات : عليا رحمية، ومتوسطة عنقية، وسفلى مهبلية. والعليا لا تحتوى على ميكروبات فهى اذاً عقيمة. والمتوسطة تحتوى على كريات بيضاء تتصف بقدرتهـا على اماتة

الميكروبات فهى اذاً مُطهّرة . والسفلى تحتوى على مكروبات كثيرة لا تكون مَرَضية الا اذا وجد التهاب مهبلى . وهذه السدادة تساعد على منع الميكروبات من الوصول الى الرحم ، فان جميع الميكروبات لا تستطيع اختراق الطبقة المتوسطة ما عدا مكروب السيلان .



(شكل ٤٦) يوضح لين العنق والتغيرات التى تحصل فى وضع العنق مدة الحمل . فالرسم الثالث يشير الى العنق فى اول الحمل ، والثانى والاول يشيران الى اللين التدريجى للعنق واقتراب جزئه المهبلى للجدار المقدم للمهبل . الجزء الغير المظلل يشير للجزء الذى لان من العنق .

التنوعات التشريحية للرحم . — (الطبقة المصلية) . — تنمو بنسبة نمو الرحم .

(الطبقة العضلية) . — يحصل فيها نمو عظيم ويسهل تمييز طبقاتها الثلاث . والنمو سببه ان الالياف تطول وتضخم وتتولد خلايا جديدة ليفية مرنة .

(الطبقة المخاطية) . — يتنوع الغشاء المخاطى ويتضخم ويكوّن الساقط وهو الغشاء الظاهرى للجنين . وقد سبق شرحه فى الكلام على نمو البويضة .

التنوعات الفسيولوجية — فى الحالة الاعتيادية تكون خواص الرحم موجودة على الحالة الاثرية فقط ، والحمل هو الذى يظهرها . وهذه الخواص هى الاحساس ، والتهييج ، والتمدد ، والانقباض ، والانكماش .

التنوعات التى تحدث لسائر الاعضاء التناسلية — المهبل — تتضخم الطبقة العضليـة والطبقة المخاطية من الاحتقان الوعائى الذى يحدث مدة الحمل . والغشاء المخاطى يتغير لونه ويصير ازرق بنفسجياً . وفى الشهر الثالث والرابع تزول الثنيات الغشائية من جذب الرحم على الجدار المقدم المهبلى فى اثناء

ارتفاعه . اما فى الاشهر الأخيرة فمن ازدياد ضخامة الغشاء المخاطى تكبر الثنيات وتتدلى وربما ظهرت من الفرج .

(البوقان) . — يتضخم البوقان ويستطيلان . وفى أواخر الحمل يكون اتجاههما تقريباً عمودياً على الحوض . ومن نمو قاع الرحم يصبح اتصال البوقين بالرحم فى محل اتصال ثلثه العلوى بالثلث المتوسط بدلاً عن اتصالهما بالزاويتين العلويتين للرحم .

(المبيضان) — ينجذبان الى فوق خارج المضيق العلوى للحوض . وبسبب نمو الرحم بين طبقتى الرباط العريض يقتربان الى جانبى الرحم شيئاً فشيئاً حتى يلاصقانهما . والمشهور انه ينقطع افراز البويضات طول مدة الحمل .

اما التغيرات التى تحصل مدة الحمل فى الجسم الاصفر فقد سبق شرحها فى صفحتى ٦٢ و ٦٣

(الأربطة) . — يتضخم الرباطان المبرومان من الاحتقان الحوضى . ويمكن الاحساس بالرباط المبروم اليسارى عند النحيفات ، ولا يمكن الاحساس باليمينى وذلك بالنسبة لالتواء الرحم الى الجهة اليمنى .

العجان — ينحصر تنوع العجان فى اللين الناتج من انسكاب مادة مصلية زلالية بين الطبقة العضلية والصفاقيـة . وهذا اللين ضرورى لأنه يسمح العجان بالتمدد الكافى وقت الولادة .

(مفاصل الحوض) . — تلين اربطة وغضاريف المفاصل ، ويزداد حجم اكياسها الزلالية . وهذا اللين يساعد على اتساع الحوض قليلاً وقت الولادة ، ولو انه يجعل حركة الام متعذرة فى الأيام الأخيرة للحمل .

(تنوعات الثدى) . — تنحصر تنوعات الثدى فى الامور الآتية : —

١ . كبر حجم الاوعية السطحية للثدى وكبر حجم الثدى نفسه ، وتبدأ من الشهر الثانى .

٢ . ظهور درنات مونتغومارى على الهالة الأصلية (من الشهر الثالث فما فوق) . وهى درنات لا لون لها تنشأ من تضخم غدد الجلد الدهنية ويبلغ عددها من عشرة الى عشرين درنه .

٣ . ازدياد دكونة الهالة الاصلية (من ابتداء الثالث أو الرابع) .

٤ . ظهور الهالة المبقعة (من الشهر الخامس فما فوق)، وتنشأ من رسوب مواد ملونة حول الهالة الاصلية على شكل شبكة .

٥ . ازدياد صلابة الثديين .

٦ . ظهور الكولستروم . وهو سائل أصفر شفاف يمكن عصره من الثدى من أواخر الشهر الثانى أو الثالث . وتقتصر أهميته كعلامة للحمل اذا حصل عند بكرية الحمل، لأن ثديى المتكررة قد يحتويان على لبن اوكولستروم (لباء) حتى ولو انقطعت عن الارضاع .

ومن الشهر السادس فما فوق تظهر خطوط حمراء لماعـة متشععة من الهالة الأصلية ، سببها التمدد السريع للثدى .

التأثيرات التى تنشأ عن ضغط الرحم فى أثناء نموه — متى ابتدأ الرحم فى النمو فان ازدياد ثقـله يجعله يضغط على المثانة ويسبب تهيجاً مثانياً تظهر أعراضه فى تكرار التبول . ولكن متى خرج الرحم من الحوض يزول هذا الضغط فتزول معه الأعراض . على أنه فى أسابيع الحمل الأخيرة عند مايضغط رأس الجنين على الحوض تعود الأعراض ثانية .

(الامعاء) . — من جرّاء ضغط الرحم على الامعـاء تتعطل حركات الامعاء فتسبب امساكاً .

(الأوردة) . — من جرّاء ضغط الرحم على الأوعية الحوضية تحصل دوالى فى أوردة الساقين وربما حدث تورمٌ .

(جلد البطن). – بسبب ازدياد تمدد جلد البطن تزول مرونة الطبقات الغائرة للجلد، أى الأدمة الحقيقية وشبكة ماليبجى، وتتمزق بعض أجزائها فيحدث ذلك خطوطاً حمراء تتشعع من جبل الزهرة. وهذه الخطوط تبيض فيما بعد ولذا تسمى بالخطوط البيضاء.

(الانبعاج السرى). — فى الشهر السابع والثامن يزول الانبعاج السرى، وفى الشهر الأخير يحل محله ارتفاع صغير.

ويحدث عند بعض الحوامل ان العضلتين المستقيمتين البطنيتين تنفصلان احداهما عن الاخرى ويكثر ذلك فى الحمل التوأمى. وفى الشهر العاشر يضغط الرحم على الحجاب الحاجز فيسبب عسراً فى التنفس، ويعطل حركة المعدة. ولكن فى الاسبوعين الأخيرين يزول هذا الضغط بسبب هبوط الرحم الى الحوض

تنوعات الأجهزة — (الدورة). يزيد مقدار الدم فى الجسم ولكن تهبط النسبة ما بين الكرات الحمراء ومصل الدم، أى أنه تحصل انيميا تكون اكثر وضوحاً فى الشهور الوسطى للحمل منها فى الشهور الأخيرة. ويزداد عدم الكرات البيضاء فيبلغ عددها من ٨ آلاف الى ١٥ ألفاً. وقد تزيد وقت الولادة الى عشرين ألفاً. وقد تبلغ خمسة وعشرين ألفاً. ولكن يقل عددها بعد الولادة بوقت وجيز. أما القلب فيتمدد قليلاً خصوصاً نصفه الأيمن.

(التنفس). – يزيد افراز حمض الكربونيك ويصير التنفس صدرياً صرفاً

(الجهاز البولى). — يكبر حجم الكليتين وتحتقنان، ويزيد مقدار ماء البول. وقد يحتوى بول بعض الحوامل على قليل من اللاكتوز بسبب امتصاص اللبن الذى يتكون فى الثديين، وهذا مايسمونه بالبول السكرى الفسيولوجي.

الجهاز الهضمى – تحصل اضطرابات فى الجهاز الهضمي عند أغلب

الحوامل ، واعراضه هى الغثيان (الميل للقئ) والقئ وسيلان اللعاب والامساك . وتزداد الشهية للأكل غالباً ولكنها قد تنقص أحياناً . وغالباً يزداد وزن المريضة زيادة لا يعادلها كبر الرحم ومحتوياته . وتتراوح هذه الزيادة ما بين كيلوجرامين فى الشهر الثامن وكيلوجرام ونصف فى الشهر العاشر . ولكن بعض الحوامل ينقصن فى الوزن ، وقد تصيبهن أعراض سببها سوء التغذية كسقوط الشعر وتسوس الأسنان .

الجهـاز العصبى — تحصل للحوامل وعلى الأخص العصبيات المزاج ، اضطرابات مختلفـة الشدة فى الجهاز العصبى ، سببها التهيج الذى يحصل للمراكز العصبية لتهيئتها لتأدية المجهود العصبى العظيم اللازم لحصول الولادة . وتنحصر أعراضه فى اضطرابات الهضم ، والآلام العصبية ، والنوب الهستيرية ، وتغير الطباع ، والميل لأمور غريبة مثل أكل أشياء كانت تأبى أكلها قبلاً ، وهذا ما يسمى بالوحم .

الرسوبات اللونية — ترسب مواد لونية فى المواضع الآتية : — هالات الثدى ، والجزء السفلى للبطن ، وثنية الأربية والإبط ، وعلى خط يصل ما بين العانة والسرة وقد يرتفع الى النتو الخنجرى ، وحول الأعين والصدغين (الكلف) . وهذه الرسوبات تكون أشد دكونة عند السمر منها عند البيض ، وتزول بعد الولادة عادة ، ولكن قد يبقى بعضها خصوصاً ما كان منها على البطن .

﴿ الغدد عديمة الأقنية والحمل ﴾

الغدة الدرقية — قد تتضخم الغدة الدرقية كثيراً أو قليلاً أثناء الحمل ، وتعود الى حالتها الطبيعية بعد الولادة . واذا كانت الحامل مصابة بالجواتر قبل الحمل ، فانه يكبر أثناءه . وفى بعض الأحوال النادرة قد تبلغ هذه الزيادة

حداً يستوجب اجراء عملية قطع قصبة الحنجرة. ويظن الكثيرون بأن بعض أحوال الاكلمسيا تتسبب من نقص افراز الغدة الدرقية ، وأن الضخامة التى تحصل فيها مدة الحمل هى عمل دفاعى محمود .

الغدة النخامية — قد شوهدت عند بعض الحوامل أعراض يمكن نسبتها الى ضخامة الغدة النخامية ، وقد شوهد فى أحوال نادرة حصول الاكروميجالى مدة الحمل . وينسب أيضاً ظهور السكر فى بول بعض الحوامل الى تغييرات فى الغدة النخامية .

الغدة فوق الكلى — يشاهد نادراً عند الحوامل حصول لين العظام (اوستيومالاسيا) . ويشاهد أيضاً تأثير حسن للادرينالين أى خلاصة الغدة فوق الكلى على هذا المرض . مما يثبت أن لنقص افراز هذه الغدة دخل فى هذا المرض .

﴿ تشخيص الحمل ﴾

من أهم النقط التى تعرض للمولّد تشخيص الحمل . لأنه اذا حكم بأن المرأة حامل وهى غير حامل مثلاً فان الأيام تثبت خطاءه ، وقد يكون هذا الحكم فى منتهى الخطارة ، كما فى الاحوال التى تتعلق بشرف امرأة . ولذا يلزم الاحتراس فى تشخيص الحمل وعدم البت فى شيء قبل التيقن من صحته . ومما تجب ملاحظته ان الحمل قد يحصل قبل البلوغ عند البنات اللوتى يحضن قبل الأوان . فقد شوهدت جملة أحوال من هذا النوع عند أطفال لم يبلغن أكثر من ثمانى سنوات . وقد يحصل الحمل أيضاً بعد بلوغ سن اليأس ، فقد ولّدتُ امرأة فى سن الخمسين بعد انقطاع طمثها بخمس سنوات . وقد ذكر ديبار انه ولّد امرأة فى التاسعة والخمسين من انقطاع طمثها بتسع سنوات .

﴿ علامات الحمل فى أواخر الشهر الثانى القمرى ﴾

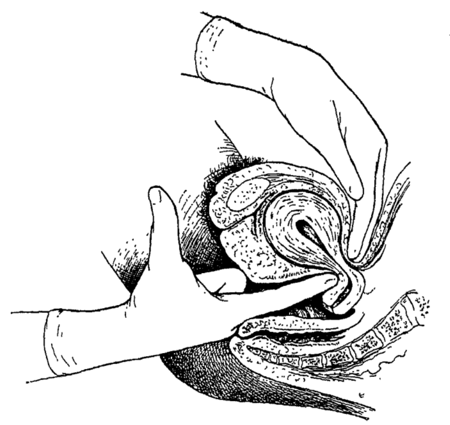
أول علامة من علامات الحمل هى انقطاع الطمث . وهذه العلامة تعتبر من العلامات الظنية فقط وذلك لشيئين : (١) انه قد ينقطع الطمث ولا تكون المرأة حاملاً كما يحصل فى الانيميا، ومدة الرضاع، وفي الدرن الرئوى، وعند بلوغ سن اليأس . (٢) انه قد يحصل الطمث بالرغم من وجود الحمل (وهو ما يسميه العوام بالحمل الغزلانى) وهذا نادر الحصول ، وان حصل فلا يتعدى نهاية الشهر الثالث عند ما يتلصق الساقط الرحمى بالساقط المغلف . كما انه قد تحصل أنزفة مدة الحمل يسهل الالتباس بينها و بين الحيض .

ومن ابتداء الشهر الثانى ينتاب الحامل غثيان وقئ فى الصباح ، وازدياد افراز اللعاب ، وربما دام ذلك الى نهاية الشهر الرابع . ثم انه من ضغط الرحم على المثانة يكثر الميل الى البول. ويتلو ذلك كبر حجم الثدى عند بكريات الولادة، وازدياد صلابته ، وازدياد دكونة الهالة الاصلية واتساعها . ثم انه من ازدياد ثقل الرحم وهبوطه فى الحوض يتفرطح البطن .

العلامات المهبلية — اذا نظرنا الى الوجه الباطن للفخذين نجد أن الأوردة السطحية متمددة ، وان الفرج قد ابتدأ لونه يصير اردوازياً ، وان الغشاء المخاطى المهبلى قد أخذ فى الازرقاق أيضاً . واذا أدخلنا أصبعاً داخل المهبل نجده مندى بسائل ، وألين مما كان قبل الحمل . فاذا دفعنا الأصبع الباحث الى فوق فقد نشعر بنبضات الشرايين المهبلية فى قعور الاكياس ، ومتى وصلنا الى العنق نجده قد ابتدأ يلين .

وازرقاق الغشاء المخاطى قد يحصل فى بعض الأورام الليفية ، ولكنه لا يحصل الا فى الاورام الكبيرة الحجم جداً ، وبدرجة أقل مما يحصل فى الحمل ، وقد يحصل أيضاً عند المصابات بأمراض القلب .

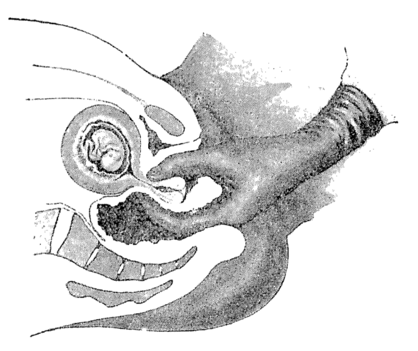
ضخامة الحالبين — فى مدة الحمل يضخم الحالبان . ويمكن الاحساس بضخامتهما اذا وضعنا أصبعاً فى المهبل خلف الارتفاق العانى فى جهته العليا وعلى أحد الجانبين ، ثم جذبنا الأصبع الى الأسفل والوحشية خلف العظم العاني . فان الحالب الذى يكون موضوعاً هنا ما بين الجدارين الخلفى للمثانة والمقدم للمهبل يزاح الى الامام نحو العانة وينزلق تحت الأصبع الباحث . والحصول على هذه العلامة يستدعى بعض التمرين ، وقلما يستعين الطبيب بها على تشخيص الحمل .



(شكل ٤٧) علامة هيجار (تويدى)

علامة هيجار — هذه العلامة مهمة جداً وتعتبر من العلامات الاحتمالية . وهى مبنية على كون البويضة لا تملأ فى الشهر الثانى والثالث للحمل الاّ الجزء العلوى للرحم ، ويبقى الجزء السفلى خالياً ما دام الساقط المغلف لم يلتصق بالساقط الرحمى . وفى هذين الشهرين تلين الطبقة العضلية للرحم وتكون

ليونتها فى الجزء السفلى أوضح بكثير منها فى القاع أو فى عنق الرحم . فاذا وضع أصبع أو اثنان فى قعر الكيس المقدم ، ودفع الرحم الى فوق حتى يخرج من الحوض ويسهل الاحساس به من البطن ، ثم وضعت اليد الأخرى على البطن وثُنِيَ الرحم الى الأمام وغُرِزت أطراف الأصابع خلف جسمه حتى تقترب من الأصابع التى فى المهبل ، فاننا نجد الجزء السفلي للرحم ليناً وسهل



(شكل ٤٨) علامة هيجار

الطريقة المهبلية المستقيمة ، وتستعمل عند النساء السمينات (دى لى).

الانضغاط الى حدّ أن يجعلنا نظن أنه غير موجود. ولهذا يُحَسُّ بالعنق والقاع كأنهما منفصلان أحدهما عن الآخر ، ويحس بالجزء العلوى للرحم كورم كروى متوتر مرن (انظر شكل ٤٧) . وعلامة هيجار لا تكون موجودة الاّ فى الشهر الثانى والثالث وأوائل الرابع فقط . وعند النساء السمينات تستعمل طريقة أخرى للحصول عليها ، وهى أن نضع الابهام فى المهبل والأصبع السبابة فى المستقيم ، ثم نضع اليد الأخرى على البطن وندفع جسم الرحم لأسفل حتى يمكن امساك قسمه السفلى بين الأصبعين . وعلامة هيجار قد

تبقى بعد الولادة الى زمن قصير، خصوصاً فى أحوال الاجهاض التام والناقص، وهذا ينقص من قدرها فى التشخيص . ولا يجوز الالتجاء اليها عند اللواتى تعودن الاجهاض اذ قد يتحرض الاجهاض بسببها .

العلامات الرحمية — يكبر حجم الرحم ويصير فى حجم البرتقالة ، وتطول أقطاره المقدمة الخلفية فيصير كروياً . والباحث المدقق قد يحس قرب القاع بخط عمودى أو مائل يدل على محل التصاق البويضة .

﴿ فى أواخر الشهر الثالث القمرى ﴾

تزداد العلامات السابقة وضوحاً . ويصير الرحم فى حجم رأس الجنين التام المدة . واذا عصرنا الثدى قد ينزل منه بعض نقط من الكولستروم .

﴿ الشهر الرابع القمرى ﴾

من أول هذا الشهر يرتفع الرحم الى أعلى المضيق العلوى ، ويحس به بطنياً اذ يصل حتى منتصف المسافة بين العانة والسرة . وبالنسبة لخروجه من الحوض يزول الضغط عن المثانة ، وينقطع القئ أيضاً . وبارتفاع قاع الرحم ينجذب العنق الى فوق ويصعب الوصول اليه . أما الثديان فيكبران ويفرزان اللباء ، ويزداد رسوب المواد الملونة فى الهالة الأصليـة . أما الخط الأبيض فيصير معتماً ، ويظهر الكلف على الوجه . ويزداد ازرقاق الغشاء المخاطى ولين العنق ويأخذ الرحم فى الرجوع الى شكله الكمثرى ، وعند الاحساس به بالجس المزدوج يشعر بمرونة فيـه سببها امتلاء الكيس الامنيوسى بالسائل .

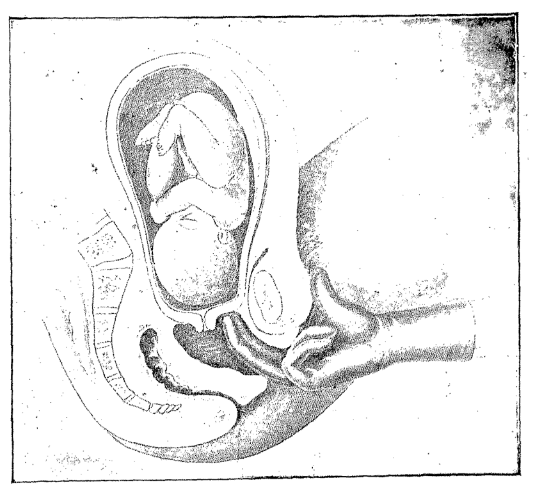
والشهر الرابع يتميز بحصول ثلاث علامات مهمة فيه وهى : الانقباضات الرحمية ، والهزة القسرية ، واحساس الأم بحركات الجنين .

الانقباضات الرحمية — تظهر فى أواخر الشهر الرابع . ويمكن الشعور بها اذا وضعنا اليدين حول الرحم ، فاننا نحس بأن الرحم تشتد صلابته من حين لآخر . ويقتضى الحصول عليها فى بعض الأحيان صبراً طويلاً . وهى من العلامات المهمة ، ولكنها قد تحصل أيضاً فى الأورام الليفية اللينة، وفى الرحم المتضخم بسبب الحمل البوقى . وقد يحدث أن لا يعم الانقباض الا جزءا من الرحم فقط فيكسبه ذلك شكلاً غريباً قد يكون سبباً فى الخطاء فى التشخيص ، فيظن أن الحمل فى أحد قرنى رحم ذى قرنين أو أنه حمل بوقى . وفى هذه الأحوال يجب الانتظار ريثما يزول الانقباض .

حركات الجنين — تبدأ الأم فى الشعور بحركات الجنين فى الاسبوعين الاخيرين للشهر الرابع . وهذه العلامة تعتبر من العلامات الاحتمالية عند متكررات الولادة لتعودهن على الشعور بها . أما عند البكريات فقد تلتبس بحركات الامعاء وغيرها .

الهزة القسرية — (انظر شكل ٤٩) للحصول عليها نضع أصبعين فى قعر الكيس المقدم، وندفعهما فجاءةً الى فوق فى اتجاه الرحم . ثم نبقيهما فى وضعهما برهـة . فاذا كان الجنين فى الجزء السفلى للرحم أمكن الاحساس بانتقاله الى فوق . وكثيراً ما يرجع الى الجزء الذى كان شاغلاً له ، ويصدم الاصبعين الموضوعين عليه صدمة خفيفة (صدمة الرجوع) . وحصول هذه الظاهرة يتوقف على شرطين : (الأول) أن يوجد مقدار كاف من السائل الامنيوسى ليعوم الجنين فيه ، والثانى أن يكون الجنين ذا حجم يمكن الاحساس به . وهذا الشرطان يكونان متوفرين فى الشهرين الرابع والخامس . ولكن من ابتداء الشهر الثامن يصعب الحصول على الهزة القسرية ، لأن السائل الأمنيوسى لا يكفى وقتئذٍ لأن يعوم فيه الجنين .

وتلتبس الهزة القسرية بالصدمة التى تحصل من دفع حصوة فى مثانة متمددة بالماء ، أو من دفع ورم خبيث عائم فى استسقاء زقى . وتلتبس أيضاً بالاحساس بنبضات الشريان الرحمى . فاننا عند ما ندفع الأصبعين الى أعلى قد نضغط على الشريان فتقف نبضاته ، ومتى خف الضغط قليلاً يرجع النبض ثانياً فيحدث رجوعه احساساً شديد الشبه بصدمة الرجوع ، ولهذه الأسباب تعتبر الهزة القسرية من العلامات الاحتمالية فقط .



(شكل ٤٩) الهزة القسرية (تويدى)

﴿ الشهر الخامس ﴾

فى الشهر الخامس تظهر العلامات الآتية : —

(١) يصل قاع الرحم الى منتصف المسافة التى بين العانة والسرة .

(٢) تظهر الهالة المبقعة وغدد مونتوغومارى :

(٣) تسمع ضربات قلب الجنين فى آخر الشهر الخامس القمرى أو أوائل السادس . وهى تشبه دقات الساعة اذا وضعت تحت وسادة . وعددها من ١٢٠ — ١٦٠ فى الدقيقة ، وتقل أثناء الانقباضات الرحمية، وعند انضغاط الحبل السرى وقت تخليص الجنين . ويزيد عددها اذا أصيبت الأم بالحمى أو اذا اكثر الجنين من الحركة . وتكون ضربات قلب الجنين اكثر وضوحاً على جزء جسمه الأكثر ملاصقة للجدار الرحمى المقدم .

(٤) *النفخ الرحمى* . وهو لغط يحدث من مرور الدم فى الشرايين الرحمية . وهو مزامن لنبض الأم . والنفخ الرحمى يسمع فى الاسبوع الأخير للشهر الرابع أحياناً أعنى قبل ضربات قلب الجنين . وقد يمكن سماع النفخ الرحمى فى أحوال أخرى غير الحمل مثل الأورام الرحمية الليفية .

(٥) ازدياد وضوح علامات الشهور السابقة . أما العنق فيلين ثلثه السفلي وعند متكررات الولادة يسمح بدخول الجزء الظفرى للأصبع ، ولكنه يبقى مغلقاً عند البكر .

﴿ من الشهر السادس الى العاشر القمرى ﴾

فى السادس يبلغ قاع الرحم الى السرة ، ويزداد وضوح العلامات السابقة . وفى السابع يبلغ أعلى السرة بسمك أصبعين ، وفى الثامن يبلغ منتصف المسافة ما بين السرة والنتوء الخنجرى . ويصعب الحصول على الهزة القسرية . ويلين العنق فى ثلثيه الأسفلين . وفى التاسع يبلغ قاع الرحم النتوء الخنجرى، ويضغط على الحجاب الحاجز فيعسر التنفس . وفى العاشر يهبط ثانياً الى منتصف المسافة ما بين السرة والنتوء الخنجرى . وفى الأشهر الثلاثة الأخيرة تظهر خطوط فى الجزء السفلي للبطن متشععة من جبل الزهرة ،

سببها زوال مرونة الطبقات الغائرة للجلد من شدة تمدده . وهذه الخطوط تكون حمراء مدة الحمل ولكنها تبيضّ فيما بعد . واذا وضعنا يدينا على جانبي الرحم ودفعنا الجسم أو الأطراف بسرعة يجوز أن نشعر بازاحتها . ويسمى هذا الشعور بالهزة القسرية الظاهرية .

وفى الأسبوعين الأخيرين من الشهر العاشر يزول عسر التنفس بهبوط الرحم فى الحوض ويكثر الميل للتبول بسبب ضغط الرحم على المثانة .

وعلامات الحمل على وجه العموم تنقسم الى علامات ظنية ، واحتمالية ، وأكيدة . والعلامات الأكيدة لا تظهر الاّ فى أواخر الشهر الخامس القمرى.

العلامات الظنية	العلامات الاحتماليه	العلامات الاكيدة
سيلان اللعاب	تنوعات الثدى .	الاحساس باجزاء الجنين .
الغثيان أو الميل للقىء	الهزة القسرية .	ضربات قلب الجنين .
قىء الصباح .	ازرقاق الغشاء المخاطى المهبلى .	حركات الجنين اذا رآها او احس بها المولد .
رسوب المواد الملونة .	ازدياد قوة النبض فى قعور الاكياس	النفخ السرى ، ويسمع فى الاحوال التى يكون فيها الحبل السرى مضغوطا او ملتويا . وهو مزامن لضربات قلب الجنين .
الوحم .	لين العنق .	
انقطاع الطمث .	علامة هيجار .	
كبر حجم البطن .	كبر حجم الرحم .	
	حصول الانقباضات الرحمية المتقطعة .	
	النفخ الرحمى .	
	ضخامة الحالبين .	

الأمراض التى تلتبس بالحمل المبتدئ — هى : — (١) عدم رجوع الرحم على ذاته ، والالتهاب الرحمى الجوهرى ، والأورام الليفية الصغيرة وعلى الأخص الأورام تحت المخاطية ، لأنها كلها تسبب كبراً فى حجم الرحم. ولكن الحمل يتميز عنها بأنه يكون مصحوباً بانقطاع الطمث .

(٢) انقطاع الطمث بسبب الانيميا أو السل أو بلوغ سن اليأس . وهذه الأمراض كلها لا تكون مصحوبة بكبر حجم الرحم .

وقد يكون انقطاع الطمث مسبباً عن تجمعه فى تجويف الرحم ، إما لانسداد العنق بأثرة التحام أو لانسداد المهبل الخلقى . وهنا يصعب التشخيص لأن حجم الرحم يكبر أيضاً . ولكن هذه الأحوال تكون مصحوبة بعلامات عسر الطمث اذا كان السبب انسداد العنق بأثرة التحام . وبعدم ظهور الطمث أصلاً فى أحوال انسداد المهبل الخلقى .

الامراض التى تشتبه بالحمل المتقدم — هى : — أورام الأكياس المبيضية ، والأورام الرحمية وخصوصاً الليفية ، والاستسقاء الزقى ، والحمل الكاذب . وهذا الأخير يحصل عند عصبيات المزاج ، وعند اللواتى يرهبن الحمل ، أو العاقرات المتشوقات اليه ، فيُخيّل اليهنّ انهنّ حوامل وبالأخص عند دنو سن اليأس وانقطاع الطمث . وتظهر عندهنّ بعض الأعراض كقىء الصباح وأعراض الوحم وكبر حجم البطن ، وظهور اللبن فى الثديين ، ويشعرن بحركات مستمرة فى البطن ينسبنها لحركات الجنين . فاذا دنا ميعاد الولادة شعرنَ بآلام شبيهة بآلام الولادة. وقد يتفق أن ينزل من الرحم بعض نقط من الدم ، أو لا ينزل ، ثم تزول الاعراض . وهؤلاء المرضى يترددن كثيراً على عيادات الأطباء لاستشارتهم فلا يجد الطبيب عند الفحص أى علامة من علامات الحمل الاحتمالية ، ولا الأكيدة فيحكم بأنهنّ لسنَ حوامل . ولكن يصعب جداً اقناعهنّ بذلك حتى ولو بعد فوات ميعاد الحمل ، اذ يظللن معتقدات بأن الجنين ميّت فى بطونهنّ . والعلامات المميزة للحمل فى هذه الأحوال هى انقطاع الطمث وموافقة حجم الرحم لعدد شهور انقطاعه ، وظهور علامة من العلامات الأكيدة . وتتميز الأكياس المبيضية بكونها أقل توتراً من الرحم الحامل ، ويمكن الحصول على تموجات فيها اذا نقر على أحد جانبيها باحدى اليدين ، وسند الجانب الآخر باليد الأخرى . أما الأورام

الليفية فاذا لم تكن مستحيلة استحالة كيسية فيحس بأنها أشد صلابة من الرحم ولو كان منقبضاً . وهى أيضاً أقل انتظاماً فى سطحها . أما الاستسقاء الزقى فتتغير فيه رنانية البطن وأصميتها بحسب وضع المريضة . فان نامت على جنبها الأيمن تحول السائل اليه فيعطى صوتاً أصم عند القرع ، فاذا تحولت الى الجنب الأيسر رجع له الصوت الرنان عند القرع ، وصار الجانب الآخر أصم ، وهكذا . واذا نامت المرأة على ظهرها طفت امعاؤها الى فوق فتعطى البطن صوتاً رناناً عند القرع على الوجه المقدم وأصم فى الجانبين .

﴿ تعيين سن الحمل ويوم الولادة ﴾

اذا علمنا تاريخ آخر حيض سهل علينا أن نعين سن الحمل ، ولكننا لا نسلم من الخطاء لأنه قد يجوز حصول الحمل فى فترة يكون فيها الطمث منقطعاً لسبب آخر كالرضاع ، أو الدرن الرئوى ، أو الأنيميا . وأيضاً لأن الجماع المخصب قد لا يحصل قريباً من الحيض . ولذلك تجب مقارنة ذلك بحجم الرحم ودرجة ارتفاعه فى البطن ، وكذلك بتاريخ أول مرة تشعر فيها الحامل بحركات الجنين . أما ارتفاع قاع الرحم فقد سبق الكلام عنه ، ولكن الاعتماد عليه وحده قد يكون منبع خطاء فى الحكم أيضاً . فان سمك الجدر البطنية ، وحجم الجنين ، ومقدار السائل الأمنيوسى ، وقامة الأم تحدث اختلافات ظاهرة . كما أن الحمل التوأمى يجعل حجم الرحم اكبر مما يناسب أشهر الحمل . وفى ضيق الحوض والأورام الحوضية لا يدخل الرأس الحوض فى أواخر الحمل فيظهر الرحم اكبر من حقيقته .

أما حركات الجنين فتحس بها متكررة الحمل فى الأسبوع السادس عشر (آخر الشهر الرابع القمرى) . وقد وضع مكدونالد قانوناً يسهل بواسطته

معرفة سن الحمل بعد الأسبوع السادس والعشرين (أى بعد ستة شهور قمرية ونصف)، وطريقته هى أن نقيس المسافة بين الحافة العليا لعظم العانة وبين قاع الرحم ونقسم طولها على ٣ $\frac{1}{2}$ يكون الخارج عدد الأشهر القمرية. فاذا وجدنا طولها ٣٠ سنتيمتراً مثلاً، يكون سن الحمل ٨ شهور قمرية ونصف تقريباً.

أما لتعيين يوم الولادة فهناك أربع طرق : —

(١) **تاريخ انقطاع الطمث** — اذا علمت الحامل تاريخ آخر حيض لها، نضيف ٢٨٠ يوماً على أول يوم لآخر حيض، فحاصل الجمع هو يوم الولادة.

ويوجد طريقة أخرى سهلة لتعيين يوم الولادة اذا علم تاريخ انقطاع الطمث. وهى مبنية على ان مدة الحمل ٢٨٠ يوماً تقريباً أى عشرة شهور قمرية أو تسعة شهور افرنجية وسبعة أيام. وطريقتها هى أن نطرح ثلاثة شهور من أول يوم لآخر حيض، ثم نضيف سبعة أيام فيكون الحاصل هو تاريخ الوضع فى السنة التالية، أو فى السنة نفسها اذا حصل الحمل فى شهريها الأولين. مثال ذلك اذا كان أول يوم لآخر حيض هو أول ابريل، نطرح ثلاثة شهور، يكون الباقى هو أول يناير، يضاف اليه سبعة أيام يكون المجموع ٨ يناير. وهو يوم الولادة فى السنة التالية.

(٢) **الاحساس بحركات الجنين** — تحس متكررة الولادة بحركات الجنين فى الاسبوع الثامن عشر. فاذا علمنا تاريخ احساسها بحركات الجنين يضاف اليه واحد وعشرون اسبوعاً.

(٣) **ارتفاع قاع الرحم** — وقد سبق شرحه.

(٤) **سقوط الرحم الى الأمام والأسفل** — ويحصل ذلك فى الثلاثة الأسابيع الأخيرة للحمل عند بكريات الولادة، والأيام الثلاثة الأخيرة عند متكرراتها. وتمكن معرفة ما اذا كان الرحم قد سقط الى الأمام أو لم يسقط

بوضع راحة اليد على القاع ، فاذا كان الرحم قد سقط فاليد ترتكز بسهولة على القاع كارتكازها على رف ، وان لم يكن قد سقط فلا يمكن ارتكاز اليد على القاع لانه يكون منحدراً .

والطرق التي ذكرت كلها تقريبية فقد يحصل فيها الخطاء في اسبوع أو اسبوعين زيادة أو نقصاً . ولكن بمقارنة الطرق الثلاث الأولى بعضها ببعض يمكن الوصول الى نتيجة خطاؤها قليل .

﴿ تشخيص وفاة الجنين ﴾

قد يُسأل الطبيب في بعض الأحيان عما اذا كان الجنين حياً أو ميتاً . والجواب على هذا السؤال قبل وصول الحمل الى الشهر الخامس في منتهى الصعوبة . ولكن متى وصلنا للشهر الخامس فسماع ضربات قلب الجنين دليل على حياته . أما اذا لم تسمع الضربات بعد التسمع المتكرر على ثلاثة أيام متوالية فالجنين ميت .

أما العلامات التي تشعر بها الوالدة فهي انها كانت تحس بحركات الجنين ثم زادت هذه الحركات يوماً ما ، ثم لم تعد تشعر بها بعد ذلك . وان قابليتها للطعام قلّت . واذا طالت مدة بقاء الجنين ميتاً في الرحم تضعف قوتها وتنحف ، وتشعر بطعم كريه في فمها ويصفر لونها . أما قاع الرحم فلا يأخذ في الارتفاع كما لو كان الجنين حياً بل في الغالب يهبط عما كان عليه .

التأثيرات التي تنشأ عن وضع حديث

قد يكون من المهم من الوجهة الطبية الشرعية أن تعرف الآثار التي يتركها الحمل سواء أكان حملاً تام المدة أم اجهاضاً فنقول : ان العلامات التي

يستدل منها على ان المريضة وضعت أو اجهضت من اسبوع أو اثنين تنقسم الى علامات عمومية وعلامات موضعية ، فالعلامات العمومية هى التغييرات الثدوية ، والبطنية . فالثديان يكونان ممتلئين ويحتويان على لبن ، ويمكن أن يرى فى محل اتصالها بالجسم خطوطاً بيضاء متشععة ناشئة عن تمدد الجلد . أما جدر البطن فتكون مرتخية ، ويكون جلدها مبقّماً ، وفى جزئه السفلي ترى الخطوط البيضاء المتشععة من جبل الزهرة التى سبق ذكرها .

أما العلامات الموضعية فمركزها الرحم والعنق والمهبل والفرج . أما الرحم فتختلف درجة تضخمه بحسب المدة التى تكون مضت بين تاريخ الفحص ويوم الولادة . وفى الاسبوع الأول يكون العنق ليناً ويسمح بدخول الأصبع حتى يتعدى الفوهة الباطنة . وقد توجد تمزقات صغيرة فى العنق ، وبالأخص فى جهته اليسرى . وبالمنظار يرى العنق محتقناً ومغطى بافرازات .

أما المهبل فتكون ثنياته الطبيعية غير واضحة تماماً . انما يشاهد بأن غشاءه المخاطى منثنٍ على نفسه فى جملة مواضع ، وقد يرى فيه تسلخات سطحية وأنزفة صغيرة . وغشاء البكارة يكون متمزقاً فى جملة مواضع ، وتصل التمزقات الى محل اندغامه فى المهبل . وتكون الزوائد الآسية محتقنة ومتورمة.

أما الشوكة عند البكارى فتكون متمزقة أيضاً، وقد يعم التمزق جزءا من العجان . وتمزقات العجان من الأدلة الأكيدة على حصول ولادة فى تمام الحمل ، اذا اصطحبت بالعلامات السابقة . وقد يوجد بعض تمزقات سطحية حول قناة مجرى البول . والتمزقات التى تشاهد فى كل هذه المواضع تكون فى حالة التئام بالأزرار اللحمية . ويكون السائل النفاسى دموياً فى الاسبوع الأول ، وخليطاً من سائل مصلى ودم فى الاسبوع الثانى . وفى نهايته يكون مصلياً . وقد يحتوى على دم بحسب درجة رجوع الرحم على ذاته .

أما بعد الاجهاض فتكون العلامات قليلة الوضوح . وبعد اسبوع من حصوله قد لا تشاهد علامات يمكن البت منهـا على تشخيص اجهاض حديث . فاذا لم تشاهد الحالة بعد الاجهاض بيوم أو اثنين فلا يجوز اعطاء رأى قاطع فى التشخيص .

هذه هى العلامات التى يستدل منها على حصول وضع حديث، ولكن اذا مضى على الوضع (بعد حمل تام المدة) زمن طويل ، فالعلامات التى تبقى هى أن الثديين يكونان مرتخيين ومتدليين قليلاً ، والحلمات تكون بارزة ، والهالة الأصلية متسعة ، ويكون باقياً من الهالة المبقعة بعض آثار . ولكن كل هذه العلامات قد لا توجد عند اللواتى لم يرضعن أطفالهن .

أما جدر البطن فتكون مرتخية نوعاً، واكبر مما تكون عند التى لم تحمل. وهذه العلامات ليست باتّة فقد تظهر عنـد المصابات بالامساك المزمن ، والانتفاخ الغازى للامعاء ، وعند السمينات اللاتى هزلن . فالخطوط البيضاء قد لا توجد عند اللواتى يضعن قبل تمام المدة ، وقد توجد عند السمينات أو اللاتى عندهنّ أورام بطنية أو استسقاء زقّى . وتمزق العجان قد يحصل من الجماع عند البنات المتزوجات وهنّ صغيرات السن . وليس اتساع الفرج من الأدلة المهمة فانه يشاهد كثيراً عند اللواتى لم تلدنَ خصوصاً عند اللواتى يتزوجنَ فى صغرهنّ .

اما موضعياً فان الرحم يكون عند اللواتى ولدن اكبر منه عند اللواتى لم يلدنَ . ولكن قد يكون هذا الكبر مسبباً عن التهاب رحمى جوهرى .

أما علامات عنق الرحم مثل وجود تمزقات فيه خصوصاً التمزقات المتعددة فاذا استثنينا منها ما كان ناشئاً عن عمليات سابقة فالأغلب انها تثبت وجود حمل سابق .

﴿ تدبير صحة الحامل ﴾

انه وان كان الحمل عملاً فسيولوجياً ولكنه يصطحب أحياناً بأخطار جمة تقتضى العناية الشديدة خصوصاً فى الحمل الأول لأن الأجهزة الأمية تكون فيه غير معتادة على المجهود اللازم لتغذية الجنين وافراز متخلفات غذائه . ولذا يجب على الحوامل أن يسرن على مقتضى قوانين حفظ الصحة . فلا يأكلن مآكل عسرة الهضم ولا يكثرن من شرب المنبهات كالقهوة والشاى، ولا يستعملن الرياضة العنيفة . واتقاء لحصول الامتصاص العفن مدة الحمل يجب أن يتعاطين مليّنات خفيفة من وقت لآخر وأن يمتنعن بتاتاً عن تعاطى المسهلات القوية الفعل خوفاً من حصول الاجهاض ، وأن يشربن مقادير كبيرة من الماء لتساعد على الافراز . ثم يجب عليهن غسل أعضاء التناسل الظاهرة بالماء الدافئ صباحاً ومساء . وأن لا يلبسن مشدات ولا أحزمة ضيقة. وينبغى الاقلال من الجماع طول مدة الحمل . أما اللواتى تعودن الاجهاض فعليهن أن ينقطعن عنه بتاتاً ، وخصوصاً فى الأشهر الأولى للحمل . وعند متكررات الولادة اذا كانت جدر البطن مرتخية يستحسن أن يلبس حزام بطنى متناسب الضغط .

وفى الشهرين الاخيرين للحمل يلزم غسل الحلمتين بمحلول مركب من أجزاء متساوية من ماء الكولونيا والماء العادى صباحاً ومساء ، لتقوية جلدهما لتحمّل الرضاع . وهذا القانون يلزم الانتباه اليه خصوصاً عند البكريات . واذا كانت الحلمة غائرة وجب جذبها قليلاً فقليلاً كل يوم بعد غسل الايدى جيداً ، والاستمرار على ذلك حتى يصير شكلها طبيعياً .

ويلزم بحث بول الحوامل من وقت الى آخر من أول الشهر السادس ، خوفاً من وجود زلال فيه . ويجب أن ينبّــه على الحوامل أن يستشرن الطبيب

فى الأحوال الآتية : — (١) اذا قلت كمية البول ، (٢) اذا أصابهن صداع مستمر ، أو (٣) اضطراب فى النظر ، أو (٤) تورم فى الوجه أو الأطراف أو الفرج ، أو (٥) اذا حصل لهن أنزفة مهما كانت خفيفة ، أو (٦) اذا استعصى عندهن الامساك .

ثم يجب على الحامل أن تبتعد عن الاضطرابات العقلية أو الاستسلام للحزن والكدر .

أما الزروقات المهبليـة فلا تفعل الاّ عند شدة لزومها لأنها قد تسبب الاجهاض فى بعض الاحيان . واذا عملت يلزم أن تعمل بماء فاتر . وألاّ يزيد ارتفاع الزارق أكثر من عشرة سنتيمترات عن محاذاة حوضها .

الفصل الثامن

﴿ الولادة وظواهرها ﴾

الولادة اصطلاحاً هى عبارة عن سلسلة الأعمال التى بواسطتها يتم انفصال الجنين من الأُم وتخليصه منها .

وقد ذكرنا سابقاً ان مدة الحمل هى ٢٨٠ يوماً ، اعنى عشرة شهور قمرية . ولكن قد تتم الولادة فى أى شهر من هذه الشهور ، وفى أحوال نادرة قد تزيد المدة عن عشرة شهور وتسبب ما يسمى بالولادة المؤجلة . وعلى ذلك فتنقسم الولادة الى خمسة أقسام بحسب تاريخ حصولها وهى : —

(١) **الاجهاض المضغى** ، ويحصل قبل تمام تكوين المشيمة ، اعنى قبل بداءة الشهر الرابع القمري .

(٢) **الاجهاض الجنينى** ، ويحصل بعد تكوين المشيمة ، ولكن قبل أن يكون الجنين قابلاً للحياة ، اعنى من أول الشهر الرابع الى آخر الشهر السابع القمرى .

(٣) **الولادة المعجلة** ، وتحصل من وقت صيرورة الجنين قابلاً للحياة الى ما قبل الولادة الطبيعية ، اعنى من آخر السابع الى ما قبل نهاية العاشر القمرى .

(٤) **الولادة الطبيعية** ، وتحصل فى نهاية الشهر العاشر القمرى .

(٥) **الولادة المؤجلة** وتحصل بعد الشهر العاشر القمرى .

الاسباب التى تحرض الولادة الطبيعية — لم يعرف لغاية الآن السبب الذى يحرض الولادة فى نهاية الشهر العاشر القمرى دائما . وكل الأسباب التى عرفت لغاية الآن تخمينية وأهمها أربعة : —

(١) انه فى نهاية الحمل يكبر حجم الجنين الى حد لا يستطيع الرحم أن يحمل اكثر منه ، فتنقبض جدره ويقذف الجنين .

(٢) انه وان كان الحيض ينقطع مدة الحمل ، ولكن جدر الرحم يحصل لها تهيج فى ميعاد الحيض يزيد شهراً بعد شهر حتى يبلغ أشدّه فى نهاية الحمل .

(٣) ان خلايا الساقط الحقيقى يحصل لها استحالة شحمية فى أواخر الحمل ، يصير الجنين عند تمامها كأنه جسم غريب فى باطن الرحم فيهيجه .

(٤) انه كلما نما الجنين زاد افرازه لثانى اوكسيد الكربون . ولما كان ثانى اوكسيد الكربون من العوامل التى تهيج المركز العصبى للانقباضات الرحمية الموجود فى النخاع المستطيل ، فمن المحتمل انه فى نهاية الحمل يبلغ افراز ثانى اوكسيد الكربون مقداراً كافياً لتهييج مركز الانقباضات لدرجة تحدث الولادة .

طبيعة الانقباضات الرحمية — ينقبض الرحم اثناء الولادة بكيفية تمنع حصول الضرر للأم والجنين ، وذلك بان تكون انقباضاته متقطعة وليست مستمرة . فان حصول الانقباضات بهذه الكيفية يسمح لأنسجة الأم بان يسير فيها الدم بسهولة فى الفترة ما بين الانقباضات ، فيمنع التأثير المضر الذى يمكن ان يحصل من استمرار الضغط عليها . ثم ان هذه الفترات أيضاً تسمح للمراكز العصبية والمجموع العمومى لجسم الأم بان تجدد قواها . أما من جهة الجنين فلو كانت الانقباضات مستمرة فان الجنين يصبح فى خطر شديد بالنسبة لنقص كمية الدم فى الرحم والمشيمة اثناء حصول الانقباض . ويثبت ذلك انه فى الأحوال التى تطول فيهـا مدة الولادة يصير الرحم فى حالة انقباض مستمر فيموت الجنين ، وتصير الأم منهوكة القوى الى درجة الخطر الشديد .

والانقباضات الرحمية التى تحدث مدة الولادة يطلق عليها كلمة «طلق» وهى سلسلة انقباضات مؤلمة تحصل فى الياف عضلات الرحم وأربطته . وتكون متقطعة فى أدوار الولادة الثلاثة . ويبتدئ كل طلق من قاع الرحم ، ويسير الى الأسفل متجهاً نحو العنق ، مسبباً قصراً فى الأقطار المستعرضة للرحم واستطالة فى الأقطار الطولية له ، وضيقاً فى تجويفه . وحينما يصبح السائل الامنيوسى مضغوطاً عليه من كل جهة يندفع على الجهة التى يجد فيها مقاومة أقل . وهذه الجهة هى الفوهة الباطنة . ومدة كل طلق هى من ثلاث ثوان الى خمس . والفترة بين الانقباضات تكون فى أول الولادة ساعة أو أكثر . وكلما تقدم المخاض قلت الفترات بين الطلق ، وزادت مدته حتى انه ليحصل كل عشر دقائق أو عشرين دقيقـة فى مدة انمحاء العنق وكل دقيقتين أو ثلاث أثناء تمدد الفُوّهة الظاهرة ، وتبلغ مدته ثلاثين الى

ستين ثانية . وفى الدور الثاني تكون المدة بين الطلقات من ٥ — ١٠ دقائق وتطول مدته الى دقيقتين ثم تأخذ الفترات فى النقص ومدة الطلق فى الزيادة، حتى تصير الطلقات تقريباً متواصلة فى برهة ولادة الرأس .

الانكماش — متى حصلت الانقباضات الرحمية مدة الحمل فالألياف العضلية للرحم تقصر وتضخم . ومتى زال الانقباض تعود الى حالتها الأصلية. أما مدة الولادة فيحصل تغير مهم فى الالياف العضليـة ، وهو الانكماش . فان القصر والضخامة التى تحصل وقت الانقباض لا تزول بزواله كما يحدث مدة الحمل ، بل تستمر باقية . وهذا هو الذى يعطى الانقباضات الرحمية التى تحصل وقت الولادة قوتها القاذفة .

أقسام الرحم — (انظر شكلى ٥٠ و ٥١) . ينقسم الرحم عادة الى ثلاثة أقسام : —

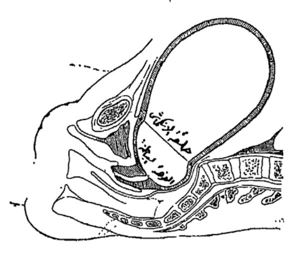
(١) **قسم علوى** يتألف من جملة حزم من الالياف العضلية ، تسير فى اتجاهات مختلفة ، تتميز أليافها بقابليتها للانقباض والانكماش .

(٢) **قسم سفلى** يتألف من ألياف طولية وألياف حلقية . ومتى انقبضت أليافه الطولية ينجذب العنق الى فوق . أما الالياف الحلقية فلا تنقبض بل بالعكس ترتخى وتتمدد كلما انقبضت الالياف الطولية للقسم العلوى .

(٣) **عنق** يتألف من ألياف طولية وألياف حلقية . وتوجد حزمة كثيفة من الالياف الحلقية حول الفُوَّهة الباطنة ، مكونة لعضلة عاصرة، ثم حزمة أخرى أقل منها كثافة حول الفوهة الظاهرة . فبانقباض الالياف الطولية للعنق ينجذب الى فوق ، أما الالياف الحلقية فتتمدد وتتسع كلما انقبضت الالياف الطولية للعنق والقسم العلوى للرحم .

وهذا التمدد فى الالياف الحلقية ليس خاصاً بالرحم بل يحصل أيضاً فى

الأحشاء المجوفة الأخرى مثل المثانة ، فانها متى انقبضت أليافها الطولية تمدد العضلة العاصرة وتتسع ويخرج البول . ومن الامور المشاهدة التى تثبت أن الالياف الحلقية للرحم تفعل عكس الالياف الطولية اننا لو مددنا العنق صناعياً مدة الحمل مثلاً تنقبض جدر الرحم ويحصل الاجهاض وفى الاحوال التى يحصل فيها تشنج فى عنق الرحم أثناء الولادة تضعف الانقباضات الرحمية.



(شكل ٥٠) الرحم قبل انمحاء العنق

الجزء الواقع أعلى حلقة الانكماش هو القسم العلوى للرحم والجزء الواقع بين الفوهة الباطنة وبين حلقة الانكماش هو القسم السفلي الذى لا تنقبض اليافه ولا تنكمش .

حلقة الانكماش — قد سبق القول بان الجزء العلوى للرحم يتصف بخاصتى الانقباض والانكماش ، بخلاف جزئه السفلى الذى لا ينقبض ولا ينكمش . وفى أول الولادة يكون محل اتصال هذين القسمين احدهمابالآخر أعلى الفوهة الباطنة بقليل ،ويسمى بحلقة الانكماش أو حزام بندل . وكلما تقدمت الولادة يزداد القسم العلوى الرحم كثافة وقصراً والقسم السفلى استطالة وترققاً ، فيترتب على ذلك أن حلقة الانكماش بدلاً من أن تكون أعلى الفوهة الباطنة بقليل ، تأخذ فى الارتفاع الى فوق بحسب طول مدة الولادة . وفى الولادات العادية لا يمكن الاحساس بحلقة الانكماش لأنها تكون فى أسفل العانة . ولكن اذا استطالت مدة الولادة ترتفع حلقة

الانكماش أعلى العانة ويمكن الاحساس بها كميزاب منحرف . واذا ارتفعت حلقة الانكماش الى أعلى العانة بأربعة سنتيمترات يكون القسم السفلى للرحم قد ترقق الى حدِّ خطر التمزق .

سبب الوجع فى الولادة — لوجع الولادة سببان : الأول انقباض الألياف العضلية الذى يسبب ألماً شبيهاً بآلام المغص، والثانى تمدد الأجزاء الرخوة للأم وضغط الجنين عليها . وتبلغ هذه الأوجاع أشدها وقت تخليص الرأس من العجان .

ظواهر الولادة — تنقسم ظواهر الولادة الى : —

(ا) ظواهر أمية

(ب) ظواهر جنينية .

(ا) **أما الظواهر الأمية** فهى : (١) حدوث الانقباضات الرحمية المؤلمة وتسمى بالطلق . وهذه الانقباضات تكون مصحوبة بانكماش الألياف ، وقد سبق شرحها .

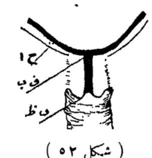
(٢) **امحاء العنق** . ان حصول الطلق وقت الولادة يزيد كثيراً فى الضغط الموجود فى تجويف الرحم . ولوكانت البويضة قابلة للتصغير لصغر تجويف الرحم بتأثير الانقباضات الرحمية ، ولكن لما كانت البويضة ليست قابلة للتصغير فازدياد الضغط الرحمى يدفع محتويات الرحم فى الجهة الأقل مقاومة وهى جهة الفوهة الباطنة للعنق .



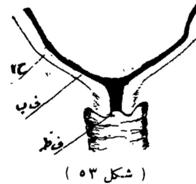
(شكل ٥١)

الرحم بعد امحاء العنق وتمدد الفوهة الظاهرة تمدداً تاما . وهو يوضح كيف تصير تجاويف الرحم والعنق والمهبل تجويفا واحداً .

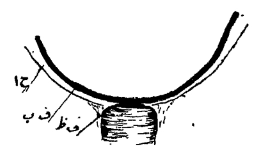
ولما كان العنق يتركب من فوهة باطنة وتجويف وفوهة ظاهرة فمن تأثير ازدياد الضغط الرحمى تتمدد الفوهة الباطنة ثم تحصل فيه تغييرات تنتهى بامحائه وتمدد الفوهة الظاهرة تمدداً تاماً . فبامحاء العنق يصير تجويفه وتجويف الرحم متصلين أحدهما بالآخر . وبتمدد الفوهة الظاهرة التام يصير تجويف الرحم متصلاً بتجويف المهبل ، أعنى أن تجاويف المهبل والعنق والرحم تصير



(شكل ٥٢)
يشير الى العنق فى اول الولادة عند بكريات الولادة ، ح ا حلقة الانكماش ، ف ب الفوهة الباطنة ، ف ظ الفوهة الظاهرة



(شكل ٥٣)
يشير الى ابتداء امحاء العنق عند بكريات الولادة ح ا حلقة الانكماش ، ف ب الفوهة الباطنة ، ف ظ الفوهة الظاهرة .



(شكل ٥٤) يشير الى انتهاء امحاء العنق وتمدد الفوهة الظاهرة عند بكريات الولادة . لاحظ كيف ان جدر الفوهة الظاهرة رقيقة جدا .

تجويفاً واحداً (انظر شكل ٥١) . ويشترك فى احداث امحاء العنق وتمدد الفوهة الظاهرة عاملان وهما : —

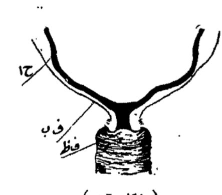
(١) اللين التدريجى الذى يحدث مدة الحمل يعم العنق كله فى نهاية الشهر العاشر ويجعله قابلاً للتمدد بسهولة .

(٢) الانقباضات الرحمية أى الطلق تدفع البويضة الى أسفل فتضغط على العنق من جهة ، ومن جهة أخرى تجذب العنق الى فوق . والكيفية

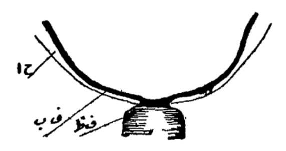
التي يَمّحي بها العنق وتمدد الفوهة الظاهرة تختلف اختلافاً جوهرياً عند بكريات الولادة ومتكرراتها . فعند بكريات الولادة يكون العنق فى أول الولادة على شكله الطبيعي ، أعني ذا فوهة باطنة ، وتجويف ، وفوهة ظاهرة . فمتى ابتدأ الامّحاء تمدد الفوّهة الباطنة أولاً ثم التجويف من أعلى الى أسفل . ومتى تم امّحاء التجويف تكون الفوهة الظاهرة لا تزال منغلقة (انظر أشكال ٥٢ و٥٣ و ٥٤) . أما عند متكررات الولادة ففي أول الولادة تكون الفوهة الظاهرة متمددة الى حد أن تسمح بقبول أصبع أو أصبعين ، ويكون التجويف متمدداً أيضاً حتى اننا اذا فحصنا الوالدة مهبلياً نصل الى الفوهة الباطنة مباشرة وقد نظنها خطاءً الفوهة الظاهرة .



(شكل ٥٥)
يشير الى العنق عند متكررات الولادة قبل ابتداء الولادة — لاحظ تمدد الفوهة الظاهرة .



(شكل ٥٦)
يشير الى العنق عند متكررات الولادة وقد تمددت الفوهة الباطنة وابتدأ العنق يتمدد .



(شكل ٥٧) يشير الى انتهاء امحاء العنق وتمدد الفوهة الظاهرة عند متكررات الولادة . لاحظ كيف ان جدر الفوهة الظاهرة سميكة

ويبدأ امحاء العنق عندهنّ بتمدد الفوهة الباطنة أولاً ، أما تجويف

العنق فبدلاً من أن يمّحي من أعلى الى أسفل يمحي جزؤه العلوي فقط ، ويأخذ جزؤه السفلي في التمدد مع الفوهة الظاهرة . ومتى تم تمدد الفوهة الظاهرة تبقى محاطة بحافة سميكة بخلاف ما تكون عليه عند بكريات الولادة فان حوافيها تكون رقيقة جداً لا يمكن الاحساس بها غالباً (انظر أشكال ٥٥ و ٥٦ و ٥٧) . وعلى ذلك فتكون حوافي الفوهة الظاهرة عند متكررات الولادة متكونة من الجزء المهبلي للعنق أما عند بكرياتها فمن الحاشية الرقيقة الأصلية للفوهة الظاهرة .

(٣) **اتساع القسم السفلي للرحم ووظيفته** – ان التغييرات التي تحدث في القسم السفلي للرحم لها أهمية كبرى في وقت الولادة . ففي أول الولادة يكون القسم السفلي للرحم مؤلفاً من المنطقة الواقعة بين حلقة الانكماش والفوهة الباطنة ، ويبلغ طولها سبعة سنتيمترات ، ومتى امّحى العنق وتمددت الفوهة الباطنة يزيد ذلك في طول القسم السفلي للرحم .

ولما كان القسم العلوي هو وحده الذي ينقبض وينكمش مدة المخاض بخلاف القسم السفلي الذي يتمدد ، فان حجم الأول يأخذ في الصغر . أما حجم الثاني فيأخذ في الازدياد كلما طالت الولادة وذلك لأن صغر حجم الرحم يدفع الجنين الى أسفل فيمحي العنق ويضاف الجزء الذي امّحى منه الى القسم السفلي للرحم .

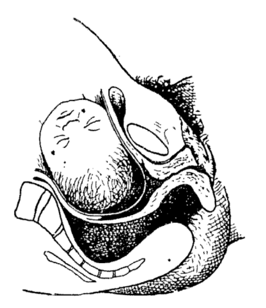
أما وظيفة القسم السفلي للرحم فتنحصر في أمرين :

الأول انها تساعد على ولادة الجنين وذلك باتساعها وارتخائها في الوقت الذي ينقبض فيه القسم العلوي ، اذ لو انقبضت هي أيضاً لما أدّى انقباض الرحم الى امحاء العنق بل كان فقط يضغط على البويضة في كل جهاتها .

والأمر الثاني انها تكوّن حلقة تحيط بالجزء الآتي به الجنين وتمنعه من

الاندفاع على الفوهة الباطنة قبل أن يتسع ويمحى العنق بفعل جيب المياه .

وفى الفترة بين الطلقات لا تكون هذه الحلقة ملاصقة للجزء الآتى به الجنين ، فينشأ عن ذلك اتصال السائل الأمنيوسى العمومى بجزئه المكوّن لجيب المياه . أما فى برهة الطلق فانها تحيط بالجزء الآتى به الجنين بحيث تمنع هذا الاتصال ولولا ذلك لانضم الى جيب المياه مقدار كبير من السائل



(شكل ٥٨) يوضح كيف يملأ الرأس الجزء السفلى للرحم فيمنع الاتصال بين جيب المياه والتجويف الامنيوسى (چلت)

فيتوتر وينفجر قبل امّحاء العنق وتمدد الفوهة الظاهرة . وفى برهة انفجار جيب المياه تظهر فائدة احاطة القسم السفلي للرحم بالجزء الآتى به الجنين مرة أخرى ، فانها تمنع تصرف السائل بأجمعه ، ولو حصل ذلك لجذب الحبل السرى معه فيسقط أمام الرأس ، ولصار الجنين معرضاً لانضغاط مضر اذا طالت الولادة لأى سبب .

(٤) **تمدد الفوهة الظاهرة** - يحدث من نفس العوامل التى سببت امّحاء العنق ، وهى ضغط البويضة لأسفل وانجذاب العنق الى فوق على الجزء

الآتى به الجنين . ومتى تمددت الفوهة الظاهرة تمدداً تاماً تصبح تجاويف العنق والرحم والمهبل تجويفاً واحداً .

(٥) **تكوّن جيب المياه وانفجاره** — متى امّحى العنق ووقع ضغط الرحم على البويضة ينتقل الضغط الى الكيس الأمنيوسى من كل جهة ، فيتبع السائل المحلات المنحدرة والقليلة المقاومة دافعاً الأغشية أمامه . فتبرز الأغشية من الفوهة الظاهرة وتضغط عليها فتمددها شيئاً فشيئاً . ومتى تم تمديد الفوهة الظاهرة ينفجر جيب المياه .

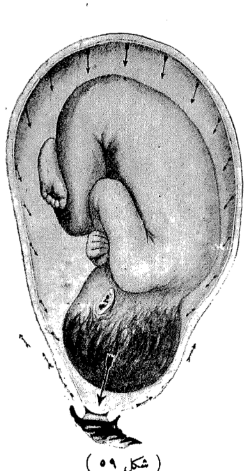
(٦) **الافراز المخاطى المدمم** — وهو افراز يخرج من الغدد العنقيـة والفرجية قبل الولادة بيوم أو اثنين ، ويسمى ببشارة الولادة . وهو على هيئة نُدف زلالية مُصْفَرّة أو معرّقة بالدم . وفائدته سهولة تمديد العنق وتندية القناة الرحمية المهبلية .

وتوجد ظاهرة اخرى للولادة قليـلة الأهمية . وهى حصول الطلق الكاذب وهو آلام غير منتظمة تتوزع على البطن . ولا يحس بها فى الظهر كالطلق الحقيقى .

تأثير الطلق على محتويات الحوض وعلى العجان — لكى نفهم الطريقة التى بها يخلو الحوض من الأعضاء الموجودة به ليسمح للجنين بالمرور أثناء الولادة يلزم أن نتخيل بأن الحوض ينقسم بالمهبل الى مثلثين : مقدم علوى ، ومؤخر سفلى . فالأنسجة الموجودة فى المثلث المقدم مرتبطة بالعنق ارتباطاً متيناً بخلاف الأنسجة التى فى المثلث الخلفى اذ لا ارتباط بينها وبين الرحم . فمتى انجذب العنق لأعلى بتأثير الانقباضات الرحمية يجذب معـه أغلب الأنسجة التى فى المثلث المقدم . وبهذه الكيفية نجد بأن المثانة التى كانت فى أول الولادة أسفل المضيق العلوى (فى حالة خلوها) تُجْذب أعلاه الى

البطن أثناء المخاض. ولا يبقى من أنسجة المثلث المقدم العلوى الا ما كان غير مرتبط بالعنق مثل الثلث السفلى للمهبل وقناة مجرى البول ، فانها تندفع الى أسفل أمام الرأس. ومتى هبط الرأس فى الحوض يدفع أمامه الأنسجة التى فى المثلث الخلفى وهى المستقيم والعجان وعضلات أرضية الحوض .

تأثير الطلق على البويضة — سبق القول انه قبل انفجار جيب المياه تسبب الانقباضات الرحمية ازدياداً فى الضغط داخل الرحم ، ويسمى هذا الضغط « بضغط باطن الرحم العمومى » ، فقبل انحشار الرأس يكون تأثير هذا الضغط متساوياً على كل أجزاء الجنين فلا يحدث أى تغيير فى وضعه كما يتضح فى (شكل ٥٩)



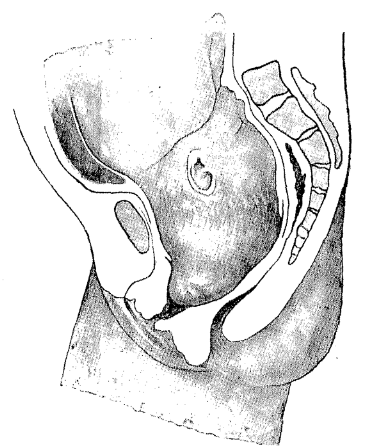
(شكل ٥٩)

يوضح الضغط الرحمى الباطنى قبل انفجار جيب المياه ، ويسمى أيضا ضغط المشتملات العام .

ومتى انحشر الرأس والتفّت حوله الحلقة المكوّنة من الجزء السفلي للرحم ، وانفصل الجزء من السائل الأمنيوسى الذى يكون أمام الرأس — والذى يسمى الآن بجيب المياه — عن السائل الأمنيوسى العام ، فان تأثير ضغط باطن الرحم العمومى هو أن يدفع الرأس الى أسفل ولكنه لا يغير وضعه لأن الضغط عليه متساوٍ من كل الجهات .

ولكن متى انفجر جيب المياه وتصرف السائل الأمنيوسى وصار الرحم ملاصقاً لجسم الجنين فان

الرحم يجتهد فى أن يعود الى شكله الأصلى الكمثرى ، فتنقبض أليافه الحلقية بشدة فتصغر أقطاره المستعرضة والمقدمة الخلفية . وبهذه الكيفية تحدث ضغطاً جانبياً على الجنين فتقوّم ظهره حتى تلاصق المقعدة قاع الرحم . فمتى تم ذلك تنقبض عضلات الرحم الطولية فتضغط على المقعدة فيندفع الجنين الى الأسفل . وهذا الضغط المزدوج أى ضغط الألياف الحلقية من الجوانب وضغط الألياف الطولية من أعلى الى أسفل يسمى **بالضغط المحورى للجنين** . وهذا الضغط يسرى من مقعدته الى عموده الفقرى ومنه الى رأسه . ويختلف



(شكل ٦٠) يوضح كيفية تكون الحدبة الدموية المصلية وتشكيل الرأس

هذا الضغط عن ضغط باطن الرحم العمومى فى أنه ضغط غير متساوٍ فى توزعه على الجنين . فهو يضغط بعض الأجزاء أكثر من البعض الآخر وسيأتى الكلام على ذلك عند شرح ميكانيكية الولادة .

(ب) **أما الظواهر الجنينية** فهى : —

(١) سلسلة الحركات التى يتحركها الرأس لسهولة دخوله الحوض وولادته وهى ما يعبر عنه **بميكانيكية الولادة**.

(٢) **تشكيل الرأس** — ويقصد به التغير الذى يحصل فى شكله من تأثير ضغط الطلق لسهولة دخوله الحوض. ويتم ذلك بتراكب عظام القبة على بعضها. فيتراكب العظمان الجداريان احدهما على الآخر وينزلق الجبهيان والمؤخرى تحتهما. فيترتب على ذلك أن الأقطار التى تشغل الحوض وهى المقدمة الخلفية والمستعرضة تصغر، والأقطار الطولية تطول.

(٣) **تكوّن الحدبة المصلية الدموية** (شكل ٦٠) — وهى ورم يتكوّن فوق الجزء الآتى به الجنين بسبب ارتشاح مواد مصلية فى النسيج الخلوى للفروة، مع انسكاب جزء قليل من الدم. ويتغير وضع الحدبة الدموية المصلية بتغير وضع الجزء الآتى به الجنين بحيث يكون موجوداً دائماً فوق الجزء الشاغل للفوّهة الظاهرة. وتكوّن الحدبة الدموية عمل حيوى لا يحصل اذا كان الجنين ميتاً.

﴿ علامات دنو المخاض وعلامات الولادة القسرة ﴾

العلامات التى يستدل بها على أن الحامل صارت فى المخاض أربعة : — (١) حصول الطلق الحقيقى وهو عبارة عن انقباضات رحمية مؤلمة يحس بوجعها فى الظهر على الأخص. (٢) انحشار رأس الجنين عند متكررات الولادة فى الفترة بين طلق وآخر. (٣) الافراز المخاطى المدمم. (٤) تمدد الفوّهة الباطنة.

(١) **الطلق** — الانقباضات الرحمية التى تحصل مدة الحمل لا يحس بها عادة لانها لا تكون مصحوبة بوجع. أما مدة الولادة فتكون مصحوبة

بوجع فتشعر الوالدة بحصولها . ولمعرفة ما اذا كانت الانقباضات مؤلمة أو غير مؤلمة يطلب من الوالدة أن تستلقى على ظهرها فى السرير ، وتوضع اليدان على البطن . ويطلب منهـا أن تخبرنا عن الوقت الذى تشعر فيه بوجع فى ظهرها ، فان أحسسنا بانقباض الرحم وقتئذ نتأكد بأنها فى المخاض .

(٢) **انحشار الرأس عند متكررات الولادة** — عند متكررات الولادة لا ينحشر الرأس الا وقت الولادة . وذلك بسبب ارتخاء جدر بطونهن من الولادات السابقة. أما عند بكرياتها فالرأس ينحشر فى الثلاثة الأسابيع السابقة للمخاض. فاذا وجدنا الرأس منحشراً عند متكررة الولادة فى الفترة بين الطلقـات نعلم أنها غالباً فى المخاض . ولكن العكس ليس صحيحاً فقد تكون متكررة الولادة فى المخاض ولا يكون الرأس منحشراً كما يحصل فى أحوال ضيق الحوض ، وارتخاء جدر البطن ، والاستسقاء الامنيوسى ، والحمـل التوأمى ، والاندغام المعيب للمشيمة ، والأوضاع المعيبة للمجىء بالرأس ، والاستسقاء الدماغى . ولمعرفة ما اذا كان الرأس بدأ فى الانحشار نمسكه بقبضة باقليك ، ثم نجتهد فى تحريكه من جانب الى الجانب الآخر فاذا كان منحشراً فلا يتحرك أو يتحرك قليلاً جداً . وسبب عدم تحركه انقباض الجزء السفلى المرحم حوله.

(٣) **الافراز المخاطى المدمم** — اذا طلبنا من الوالدة ان تنام على جانبها الأيسر وفحصنا الفرج فوجدناه مندى بسائل مخاطى مدمم نعلم أن الحامل فى المخاض . ولكن عدم وجود هذا الافراز لا ينفى كونها فى المخاض.

(٤) **تمدد الفوهة الباطنة للعنق** — اذا لم نكتف بالعلامات السابقة وأردنا التحقق من تمدد الفوهة الباطنة يجب أن نطهر أعضاء التناسل الظاهرة والأيدى تطهيراً دقيقاً ثم ندخل أصبعين فى المهبل ونفحص العنق . فاذا كانت الوالدة بكرية الولادة وأمكننا ادخال الأصبع الباحث فى تجويف العنق

بحيث يلامس جيب المياه ، فالأغلب انها فى المخاض . أما اذا كانت متكررة الولادة فقد تكون فى المخاض أو لا تكون .

﴿ علامات الولادة العسرة ﴾

من المهم جداً المبادرة بادراك العلامات التى يستدل منها على كون الولادة غير طبيعية . وذلك لأن ترك المريضة وقتاً طويلاً بلا مساعدة ينتج عنه فى أغلب الأحوال نتائج سيئة قد تكون سبباً فى القضاء على حياتها .

والعلامات التى يستدل منها على أن الولادة غير طبيعية هى الآتية :

(١) عدم انحشار الجزء الآتى به الجنين بالرغم من وجود طلق قوى .

(٢) كون جيب المياه قمعى الشكل وبروزه بروزاً شديداً وقت الطلق .

(٣) خلوّ العنق فى الجزء الآتى به الجنين وتدلّيه فى المهبل .

(٤) عدم الاحساس بالجزء الآتى به الجنين اذا وضع اصبعان فى المهبل .

أما الاعراض التى تصيب الوالدة بسبب عسر الولادة فسيأتى الكلام عليها فيما بعد ونكتفى هنا بذكر علامات الولادة العسرة فنقول : —

(١) ان اول علامة يستدل منها على أن الولادة طالت طولاً يخشى منه على المريضة هى ارتفاع عدد النبضات من ٧٥ أو ٨٠ نبضة فى الدقيقة الى ١٠٠ وقد يبلغ عددها ١٦٠ فى الأحوال الثقيلة . ويتلو ذلك ارتفاع الحرارة أيضاً بسبب تعفن ما يكون فى المهبل من السائل الأمنيوسى .

(٢) ويتلو ذلك تغيّر طبيعة الطلق . ويختلف نوع التغيّر بحسب السبب . فان كان سبب طول الولادة خمود الرحم فان الطلق يضعف تدريجياً ثم يزول ، وقد يعود بالثانى اذا نامت المريضة وارتاحت .

أما اذا كان السبب ضيقاً فى الحوض أو شذوذاً فى المجىء فان الطلق يتواتر بسرعة وتشتد قوته ويصطحب بألم شديد . فاذا لم يولد الجنين تصير

الانقباضات مستمرة بعد أن كانت متقطعة ويصير البطن مؤلماً جداً فيصعب بل يستحيل تمييز اجزاء الجنين بالجس البطنى .

(٣) ولا تطول هذه الحالة حتى تظهر آثارها على وجه المريضة . فيشحب وجهها وتجف شفتاها وتتجمع عليها الأوساخ . ويتغطى اللسان بطبقة ثخينة . وينتاب المريضة تهوع وقيء .

(٤) ويتلو ذلك حصول الأعراض الآتية وهى : —

(ا) ارتفاع حلقة الانكماش أعلى العانة باربعة سنتيمترات .

(ب) انتفاخ الجزء العلوى للمهبل بسبب ارتفاع العنق .

(ج) جفاف المهبل لعجز الغدد العنقية عن الافراز .

(د) توتّر الأربطة المبرومة . ولا يحس غالباً الاّ بالرباط الأيسر بسبب التواء الرحم طبيعياً الى اليمين .

الفصل التاسع

﴿ تحضيرات الولادة ﴾

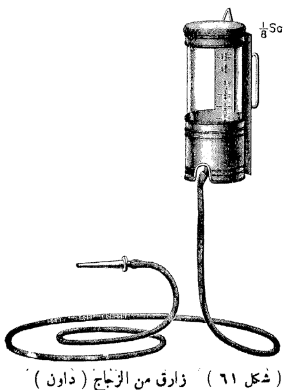
انتخاب غرفة الولادة — يجب أن تكون الغرفة المنتخبة للولادة متوسطة الاتساع ، وان تكون تهويتها واضاءتها النهارية والليلية حسنة .

ويستحسن أن تكون أرضها من الخشب أو مفروشة بالمشمع لسهولة تنظيفها . وقبل ميعاد الولادة باسبوع يُخْرَج منها كل الأثاث ما عدا ما يلزم للولادة، فلا يبقى فيها غير سرير واحد وكرسيان أو ثلاثة وخوانان (طاولتان) وسجادة صغيرة ، ودولاب صغير يوضع فيه ست ملاآت مغسولة ومكوية من الجهتين وملابس الأم والجنين .

تحضير السرير — يستحسن أن يكون السرير من الأسرة الصغيرة التى

يمكن الوصول الى الوالدة من جانبيها . وان تكون (ملته) من الخشب ؛ وتوضع المرتبة فوق الملة ويوضع فوقها قطعة من المشمع تكفى لتغطيتها تماماً ؛ ويوضع فوق المشمع ملاءة وتطوى تحت المرتبة . ويوضع فوقها رباط البطن وفوقه قطعة أخرى من المشمع تكفى لتغطية الثلث المتوسط للسرير ، وهو الذى يولد الجنين فوقه . وفوق هذا المشمع توضع ملاءة أخرى مطوية أربعة طيات . وتولد الوالدة فوق هذه الملاءة . ومتى تمت الولادة ونُظِّفَت الوالدة ترفع هذه الملاءة مع المشمع الذى تحتها فنجد أسفله الرباط البطنى جاهزاً .

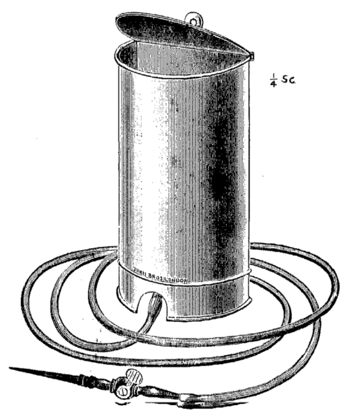
تحضير غرفة الولادة — فى الأسبوع السابق للولادة تغسل الأرضية بمحلول الليزول $\frac{١}{١٠٠}$. واذا كانت الحيطان مدهونة بالزيت يُغسل الجزء الممكن غسله منها .



(شكل ٦١) زارق من الزجاج (داون)

وفى يوم الولادة يوضع على الخوانين (الطاولتين) اللذين يوضعان قريباً فى السرير ملاءتان مكويتان . ويوضع على احدهما صحفتان (طشتان) من الصاج المطلى قد عقما بوضع قليل من الكحول (السبيرتو) فيهما وإلهابه . وبعد

تعقيمهما يوضع فيهما محلول الليزول بنسبة ملعقة بن فى اللتر . ويجب أن يكون الماء المستعمل قد سبق غليه وتبريده . والى جانب الخوان يوضع اناء (حلة) ملآن بالماء المعقم . ثم يوضع على الخوان الآخر ابريقان فيهما ماء معقم الواحد بارد والثانى ساخن ، وكذلك الزارق المهبلى الذى يكون قد عُقّم هو



(شكل ٦٢) زارق مهبلى من الصفيح المغطى بدهن الصينى وله غطاء (داون)

وانبوبته ومبسمه بغليه بالماء ، أو بوضعه فى محلول الليزول بنسبة $\frac{١}{٢٠٠}$ مدة ساعتين . وعلى الطاولة الثانية يوضع أناء ذو غطاء ، متوسط الحجم ، يكون قد غلى فيه زوجان من كفوف المطاط ، وأربعة جفوت شريانية ، ومقص كبير ، وقابضة ابر ، وابرتان من ابر خياطة العجان ، ولفة خيوط من امعاء دود القز ، وأنبوبة كاتجوت عقيم يستحسن أن تكون من كاتجوت فان هورن نمرة ٢ الذى حضر بالكرومين ليقاوم الامتصاص أربعين يوماً . وكذلك محقنة تحت جلدية وابرتان يكون قد سبق فحصهما جيداً لمعرفة ما اذا كانتا

سليمتين . وبعد غلى هذه الأشياء تصفى جيداً من الماء مع ملاحظة عدم رفع الغطاء الاّ قليلاً ، ثم تغمر بعد التصفية بالكُحُل النقى لمنع الصدأ عن الآلات اذا طال الوقت بين غليها وبين وقت استعمالها .

أما الرفائد الاسفنجية التى تستعمل لتطهير الفرج ، والضمادات أو الأحفظة فيجب أن توضع على الخوان (الطاولة) فى كيسين مربعين لهما مِزَرَّان . والكيسان يعقمان بالبخار المضغوط قبل الولادة بأسبوع . واذا لم يسهل على الطبيب تعقيمها بالبخار يكفى غلى محتوياتهما فى محلول الليزول $\frac{١}{٢٠٠}$ قبل الولادة مباشرة ، ووضعها فى اناء مغطى الى وقت استعمالها .

والى جانب الكيسين توضع علب الحقن التحت الجلدية وهى : —

(١) علبة أرجوتين تحتوى الأنبوبة الواحدة منها على جرام من الخلاصة السائلة ، أو مليجرامين ونصف من سترات الأرجوتنين ، و (٢) زيت كافور ٢٠و٠ فى الأنبوبة . ولا بأس من استحضار علبة پيتوترين ، والى جانب علب الحقن يوضع طبق (صحفة) صغير فيه قطع صغيرة من القطن المبلّل بمحلول البوريك ٣ ٪ لغسل أعين الجنين .

﴿ أدوات وآلات ولوازم الولادة ﴾

يجب على المولّد أن يستحضر آلاته ولوازمه التى سيأتى ذكرها فى حقيبة من جلد السختيان ، وصندوقين من النحاس المنكّل . أما الحقيبة (الشنطة) فيجب أن تكون كبيرة الحجم بحيث تسع الآلات التى ستوضع فيها . ويجب أن تكون بطانتها من قماش يسهل تعقيمه بالغلى . وأن تكون سهلة الانتزاع والاعادة . أما الأدوات التى توضع فيها فهاك بيانها : —

(١) الزارق المهبلى ويكون قد سبق تعقيمه بوضعه فى محلول الليزول

ساعتين وتجفيفه بفوطة عقيمة يوضع بعدها فى كيس من القماش له مزر.

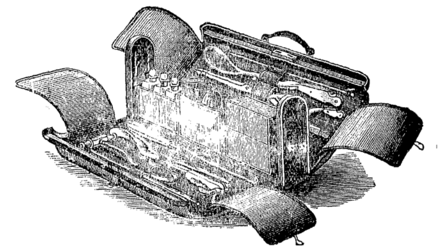
(٢) فوطة من الماكينتوش.



(شكل ٦٣) حقيبة الولادة (اخوان داون)

(٣) شمامة (أو مِقْنَعَة) الكلورفورم، وزجاجة ملأى بالكلورفورم، وجفت اللسان، ومبعد الفك.

(٤) محقنة تحت جلدية وابرتان.



(شكل ٦٤) حقيبة ولادة لبارنز (صنع داون)

(٥) مِفْرَشة كيلى Kelly's pad (وتستعمل فقط فى الولادات العسرة)

(٦) علبة فيها ٣ أنابيب كاتجوت رقم ٢ المحضر بالكروم لمقاومة الامتصاص أربعين يوماً.

(٧) علبة بودرة للسرة محضّرة من جزئين متساويين من أوكسيد الزنك والنشاء مع نصف جزء من مسحوق البوريك .

(٨) زجاجة ليزول سعة ٢٥٠ جراماً .

(٩) امپول للحقن تحت الجلد من الپيتوترين والارجوتين والاستركنين والكافور والمورفين والسكوپولامين .

(١٠) ٣ علب شاش يودوفورمى تحضير ليكاير أو درسن ، لحشو الرحم فى أحوال النزف .

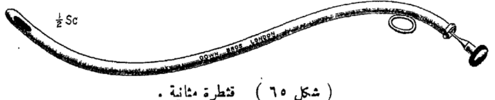
أما صندوقا النحاس المنكّل فيخصص أحدهما للآلات ، والثانى للغيارات المعقمة وما شابهها ويحتوى على ما يأتى : —

(١) فوطة ليلبسها المولد وقت التوليد .

(٢) ٦ فوط لتغطية المريضة وقت الولادة .

(٣) اكياس قماش لتغطية الأطراف السفلى .

(٤) بعض ضمادات لاستعمالها للغيار على الحبل السرى .



(شكل ٦٥) قثطرة مثانية .

أما صندوق الآلات فيحتوى على :

(١) مسفرة (فرشة) لغسل اليدين .

(٢) ٣ أزواج من الكفوف .

(٣) قثطرة نسائية وقثطرة لاخراج المخاط من حلق الطفل .

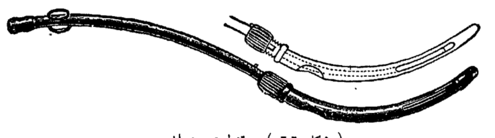
(٤) مقص كبير لقطع السُرّ (الحبل السرى) ومقص صغير .

(٥) خيط حرير نمرة ٤ أو ٥ لربط السُرّ .

(٦) ٦ جفوت شريانية .

(٧) ٤ ابر لخياطة العجان وقابضة ابر (مسّاكة) .

هذه هى الآلات التى تلزم فى الولادات الطبيعية. ويجب ان توضع فى كيس من القماش حتى لا نضطر كل مرة الى تعقيم الآلات جميعها بعد الولادة.



(شكل ٦٦) قثطرة بوزمان .

(٨) قثطرة بوزمان .

(٩) جفت الجذب المحورى .

(١٠) ثاقب سمسون

(١١) مشبك براون لقطع العنق أو أى قاطع آخر للعنق .

(١٢) مفتت للجمجمة (مشداخ)

(١٣) مُمَدِّد فرومر .

(١٤) جفت بوزمان لحشو الرحم

(١٥) جفتان من الجفوت ذات المشابك لجذب العنق .

(١٦) منظار خافى .

(١٧) ملعقة رينشتادر الكالة .

هذه الآلات تستعمل فى الولادة العسرة .

أما الأدوات التى يطلب من الوالدة تحضيرها فهى : $\frac{1}{2}$ كيلو من القطن و $\frac{1}{4}$ لتر من الليزول و٣٠ جرام من بودرة السرة المحضرة من جزئين متساويين من اوكسيد الزنك والنشاء . ومشمعان للسرير : واحد طوله متر ونصف وعرضه متر، والآخر نصفه فى الحجم، و٣ ربطات أحفظة معقمة، وقليل من الكونياك

والصحاف (الطشوت) اللازمة لغسل الأيدى ولغلى الآلات . وكمية كبيرة من الماء البارد الذى سبق تعقيمه بالغلى ومن الماء الساخن، وبشكيران للطفل ، وملابس الطفل، و٣ أحزمة للبطن ، ودبابيس انجليزى و٣ قطع صابون نقى .

الفصل العاشر

﴿ تشخيص الوضع والمجىء ﴾

تستعمل لفحص الحامل مدة الحمل ثلاث طرق وهى : —

(ا) الجس البطنى .

(ب) الجس المهبلى .

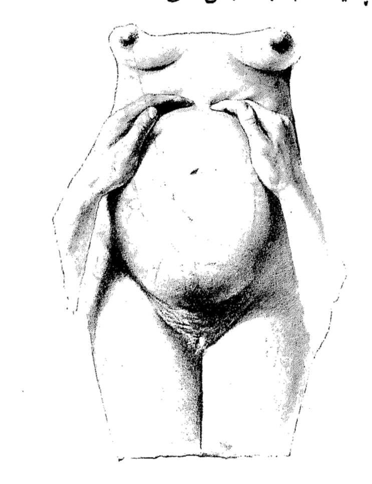
(ج) التسمع .

(ا) الجس البطنى هو أسلم أنواع الجس عاقبةً. ومتى تمرن المولّد عليه أمكنه بغاية السهولة تشخيص الوضع والمجىء ودنو المخاض بلا احتياج الى عمل فحص مهبلى .

وطريقته هى أن يطلب من الوالدة أن تستلقى على ظهرها ، ثم يجلس المولد على الفراش بجانبها ومواجهاً لها . ومن الموافق أن يطلب من الوالدة أن تتبول قبل عمل الفحص . ثم توضع راحتا اليدين على البطن بعد تدفئتهما وفى وقت لا يكون الرحم فيه منقبضاً. ثم تضغط الأصابع على البطن بغاية اللطف والتدريج حتى تتعود العضلات عليها فلا تنقبض، لأنها ان انقبضت يستحيل الحصول على أى معلومات .

ولتشخيص مجىء الجنين ووضعه توجد أربع طرق تسمى بالقبضات

وهى : — (١) القبضة القاعية ، (٢) القبضة السُرّية ، (٣) قبضة پاڤليك ، (٤) القبضة الحوضية . وتسميـة هذه الطرق بالقبضات لا يؤدى المعنى المقصود ، لأنه يستحسن فى عملها كلها ان تضغط الأيدى بغاية اللطف ، ما عدا قبضة پاڤليك فانها قبضة بكل معنى الكلمة .



(شكل ٦٧) القبضة القاعية (بُم)

(١) و (٢) القبضتان القاعية والسرية — لعمل هذين القبضتين يجلس المولد بجانب الوالدة مواجهاً لها . ثم يبسط يديه على قاع الرحم ليفحص الجزء الذى هو فيه . فان كان الجزء الذى فى القاع هو الرأس يُحَس بورم صلب أملس مستدير ، اذا تحرك لا يتحرك باقى الجسم معه ، وينفصل عن الجسم بميزاب مستعرض هو ميزاب العنق . أما اذا كانت المقعـدة هى التى فى القاع كما هو الحال فى كل الولادات الطبيعية ، فيُحَس بورم غير منتظم ، أقل

صلابة من الرأس . واذا تحرك يتحرك سائر الجسم معه ، ولا يوجد ميزاب يفصله عن الظهر . ويمكن أن يحس بالاقدام بجانبه . ومتى انتهينا من فحص القاع نسحب يدينا الى أسفل ونضغط بهما حذاء السرة . فان كان الظهر متجهاً

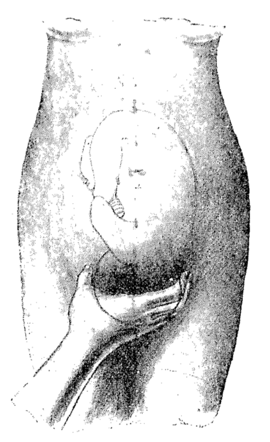


(شكل ٦٨) القبضة السرية (بم)

الى الأمام واليسار فيُحس في جهـة اليسار بمقاومة اكثر مما يحس فى جهة اليمين . فان لم نحس بهذه المقاومة نضغط على القاع باليد الأخرى فينثنى جسم الجنين ويتقوس الظهر الى الوراء فيسهل الاحساس به . أما اذا كان الظهر الى الوراء فتقابل اليد الباحثة التجويف الذى بين الأطراف والرأس.

(٣) **قبضة بافليك** — (انظر شكل ٦٩) . هى من أهم القبضات . وطريقة عملها هى أن يجلس المولد مواجهاً للوالدة ثم يضع يده على الجزء السفلى للبطن ويقبض بها على الجزء الآتى به الجنين ، غارزاً الابهام فى أحد الجانبين

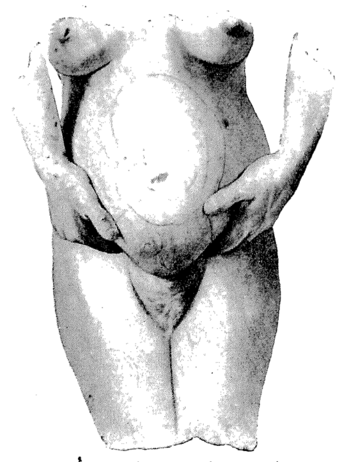
والأصابع الباقية فى الجانب الآخر . فاذا كان الجزء الآتى به الجنين هو الرأس وكان منثنياً فاننا نحس أن الجبهة تكون اكثر بروزاً وارتفاعاً من المؤخر . وبواسطة هذه القبضة يمكننا معرفة ما اذاكان الرأس منحشراً أو لا يزال فى أعلى المضيق العلوى . والرأس يتميز عن المقعدة بالعلامات السابق ذكرها . أما أنواع المجىء بالرأس فيمكن تشخيصها بملاحظة أيهما اكثر



(شكل ٦٩) قبضة پاوليك (چلت)

ارتفاعاً ، الحدبة المؤخرية أم الذقن . فاذا وجدنا أن جزء الرأس الشاغل للجهة التى فيها الظهر هو الأكثر ارتفاعاً نعلم من ذلك ان المؤخر اكثر ارتفاعاً ويكون المجىء بالوجه . أما اذا كان الذقن اكثر ارتفاعاً من الحدبة المؤخرية فالمجىء بالقمة . وان تساوى ارتفاع الذقن والحدبة المؤخرية فالمجىء بالحاجب (انظر أشكال ٧١ و ٧٢ و ٧٣) .

(٤) **القبضة الحوضية** — فى عمل هذه القبضة نغيّر وضعنا بالنسبة للوالدة ، وذلك بأن نجلس مواجهين لقدميها . ثم نبسط يدينا على جانبي تجويف الحوض وندسّهما فيه بغاية اللطف . وبهذه القبضة يمكن الاحساس بالرأس ولو وصلت الى العجان . وبها أيضاً يمكننا تعيين مقدار الانحشار ومعرفة

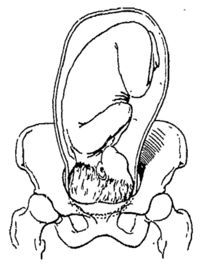


(شكل ٧٠) القبضة الحوضية (بُم)

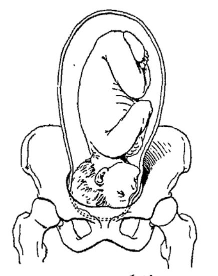
الجهة التى توجد فيها الجبهة . وذلك لأن الأصابع التى فى جهة الجبهة لا تستطيع أن تندَسّ فى الحوض بقدر الأصابع التى فى جهة المؤخر ، لأن الجبهة تملأ الجهة التى هى بها اكثر من المؤخر .

(ب) **الفحص المهبلى** — لعمل الفحص المهبلى يلزم تعقيم الفرج واليدين بدقة أولاً . ثم نطلب من الوالدة أن تنام على السرير بالعرض ، وأن تثنى فخذيها على بطنها ، وساقيها على فخذيها ، وتفحج بين فخذيها أى تُبَعِّد

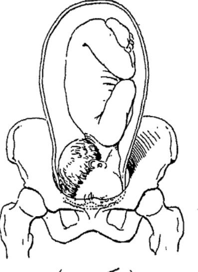
أحدهما عن الآخر . ثم نُبعِّد الشفرين أحدهما عن الآخر وندخل أصبعين في المهبل . فاذا كانت الحامل في المخاض نجد المهبل مندى بالسائل المخاطى



(شكل ٧١) المجيء بالقمة . الذقن اكثر ارتفاعا من الحدبة المؤخرية



(شكل ٧٢)
المجيء بالحاجب ، الحدبة المؤخرية
والذقن على استواء واحد (جلت)



(شكل ٧٣)
المجيء بالوجه ، الحدبة المؤخرية
اكثر ارتفاعا من الذقن

المدمم . ثم ندفع اصبعينا الى فوق ونبحث العنق . فاذا كانت الفوهة الظاهرة متمددة وكانت الماخض (الوالدة) بكرية الولادة يحس بالفوهة كأنها حاشية حلقية رقيقة الجدر ، أما اذا كانت الماخض متكررة الولادة فيحس بالفوهة المتمددة كأنها قناة قصيرة . وسبب ذلك هو أن الفوهة الباطنة تتمدد قبل الفوهة

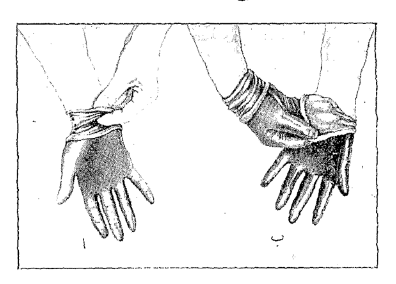


(شكل ٧٤)
الحس المهبلى . لاحظ تبعيد الشفرين بأصابع اليد الاخرى .

الظاهرة عند بكريات الولادة ، أما عند متكرراتها فالفوهة الظاهرة تكون مفتوحة فى أول الولادة وذلك لأن النسيج الذى يغلقها يكون قد تمزق فى الولادات السابقة .

ثم نبحث بعدئذ عن نوع الجزء الآتى به الجنين . فان كان هو الرأس فيُتَلمّس على تداريزه ويوافيخه . وتعيين موضع اليوافيخ يساعدنا على تشخيص الوضع . ففى الوضع الأول يكون اليافوخ الخلفى الى الأمام واليسار ، وفى الثانى الى الأمام واليمين ، وفى الثالث الى الوراء واليمين وفى الرابع الى الوراء واليسار .

وقد يكون التمييز بين اليافوخ المقدم والخلفى صعباً لتراكب العظام وزوال



(شكل ٧٥) طريقة لبس كفوف المطاط

المسافة الغشائية فى اليافوخ المقدم من جهة ومن جهة أخرى لأننا اذا لم نجس

الاّ بجزء من اليافوخ المقدم فقد نظنه خطاء اليافوخ الخلفى لأننا لا نشعر الاّ بتقابل ٣ تداريز . وللتمييز بينهما يلاحظ أن العظام تتراكب وقت الولادة بكيفية تجعل العظم المؤخرى يهبط فى مستواه عن الجداريين بخلاف اليافوخ المقدم فان عظامه تبقى على مستوى واحد تقريباً مهما تقاربت من بعضها .

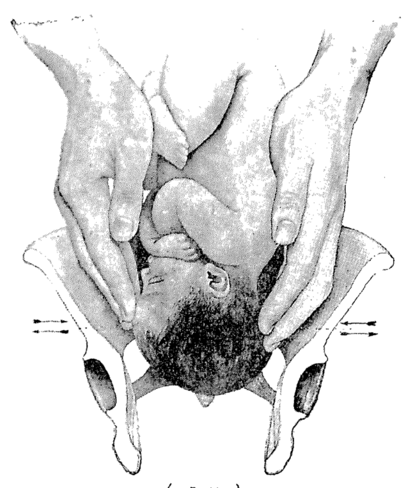
ثم نبحث بعد ذلك عن جيب المياه هل انفجر أو لم ينفجر . فاذا وجدنا صعوبة فى ذلك ننتظر حدوث طلق ، وعندئذٍ يبرز جيب المياه اكثر من الأول . ثم نبحث بعد ذلك عن مقدار انحناء العنق ان لم يكن قد انحى تماماً ، وعن حجم الفوهة الظاهرة . ثم ندفع الرأس الى فوق لمعرفة ما اذا كان منحشراً أو غير منحشر .

ولتشخيص أنواع المجىء تلزمنا ملاحظة مميزات كل منها . فالرأس والمقعدة يحس بكليهما كورم صلب مستدير ، ولكن الرأس يتميز بكونه اكثر انتظاماً وأشد صلابة وبالاحساس عليه بالتداريز . والمقعدة تتميز بوجود ثلاث نقط عظمية هى الحدبتان الوركيتان وقمة العصعص . والوجه يتميز بالفم ، واللسان ، والحاجز السنخى ، والحاجز « الفوق الحجاجى » . والقدم تتميز عن اليد بأن أصابعها على خط مستقيم وأصابع اليد تكون فى خط منحن ، وابهام اليد يمكن تقريبه وتبعيده بخلاف ابهام القدم . والركبة تتميز عن المرفق بكبر حجمها وبالرباط الردفى ، وحدبة القصبة .

ولا يبقى علينا الآن الاّ ملاحظة ثلاثة أمور : —

(١) ملاحظة ما اذا كان الحبل السرّى ساقطاً أو غير ساقط (٢) ان نمرر أصبعنا على جدر الحوض لنرى هل فيه ضيق أو أورام . (٣) ان نلاحظ شكل جيب المياه . ففى أحوال الولادة الطبيعية أعنى الولادة التى يكون فيها المجىء بالقمة يكون جيب المياه قليل البروز ويكون حجمه مناسباً لحجم

الفوهة الباطنة ، بحيث اذا كانت متمددة قليلاً يكون الجيب صغيراً ، وان كانت متمددة كثيراً يكون كبيراً . أما فى المجىء المعيب فشكله يكون قمعياً



(شكل ٧٦)
تحريك الرأس من جانب لآخر فى اتجاه السهوم للتأكد من عدم انحشاره .

ويبرز فى المهبل أثناء الطلق بروزاً شديداً. وسبب ذلك أنه فى المجىء بالقمة يملأ الرأس القسم السفلى للرحم فينفصل جزء السائل الامنيوسى الذى كوّن جيب المياه عن السائل الامنيوسى العمومى ، ومتى حصل الطلق لا يمكن أن يضاف شىء على جيب المياه . أما فى المجىء المعيب مثل المجىء بالمقعدة أو الوجه مثلاً فان الجزء الآتى به الجنين لا يملأ القسم السفلى للرحم تماماً ، فيكون جيب المياه متصلاً بالسائل الامنيوسى العمومى . فمتى حصل الطلق يصل جزء من السائل الامنيوسى الى جيب المياه ، فيشتد بروزه فى المهبل

ويصير شكله قمعياً . وينتهي الامر بانفجار جيب المياه قبل أن تمدد الفوهة الظاهرة تمدداً كافياً . وعلى ذلك فمتى رأينا أن شكل جيب المياه قمعى ، وانه يبرز كثيراً أثناء الطلق نعلم أن المجىء معيب أو أن فى الحوض ضيقاً يمنع الرأس عن الانحشار .

والجس المهبلى مع كونه يفيدنا معلومات مهمة ليس خالياً من الخطر . وعلى ذلك يجب ألاّ يفعل الاّ مرتين فقط . مرة فى أول الولادة للتحقق من تمدد الفوهة الباطنة . ومرة وقت انفجار جيب المياه للتأكد من عدم سقوط الحبل السرى .

(ج) **التسمع** — له فائدتان . الأولى معرفة ما اذا كان الجنين حياً أو ميتاً ، والثانية تشخيص الوضع . ولتشخيص الوضع نقسم البطن الى أربعة أقسام بخطين يمران بالسرة ، أحدهما عمودى والآخر افقى . فاذا سمعنا ضربات قلب الجنين أشد وضوحاً فى أعلى السرّة فالغالب أن المجىء بالمقعدة . واذا سمعت فى أسفلها فالمجىء بالرأس . وان سمعناها الى يمين الخط المتوسط فالظهر الى اليمين والعكس بالعكس .



الفصل الحادى عشر

﴿ كيفية السير فى الولادات الطبيعية ﴾

ما هى الولادة الطبيعية — الولادة الطبيعية هى التى يكون فيها الجنين آتياً بالقمة ، وتتم ولادته بلا مساعدة ولا مضاعفات فى ٢٤ ساعة من بداءة الطلق الحقيق .

أدوار الولادة — أدوار الولادة ثلاثة وهى : —

(١) الدور الأول — أو دور التمديد .

(٢) « الثانى — « « قذف الجنين .

(٣) « الثالث — « « تخليص المشيمة .

فالدور الأول يبتدىء من وقت حصول الطلق الحقيق وينتهى بتمدد الفوهة الظاهرة تمدداً تاماً وانفجار جيب المياه . ومتوسط مدته عند بكريات الولادة من ١١ — ١٢ ساعة ، وعند متكرراتها من ٦ — ٨ ساعات . والدور الثانى يبدأ من برهة انفجار جيب المياه وينتهى بولادة الجنين . ومتوسط مدته من ساعة الى ساعتين عند بكريات الولادة ، ومن ١٠ — ١٥ دقيقة عند متكرراتها . والدور الثالث يبـدأ من نهاية ولادة الجنين ، وينتهى بتخليص المشيمة . ومدته من ١٢ الى ١٥ دقيقة اذا سوعدت المشيمة على التخلص بعد نزولهـا من الرحم . أما اذا تركت للطبيعة فقد تكون مدة تخليصها ثلاث ساعات .

المخاض الكاذب — كثيراً ما يحصل أن تبدأ الولادة وتتوالى الانقباضات الرحمية بحيث يمّحى العنق وتتمدد الفوهة الظاهرة ثم تزول الانقباضات. وربما تأخرت الولادة أياماً بل أسابيع .

متى تجب ملازمة الوالدة — من أشد الامور مضايقة للطبيب أن الولادة لا تتبع سيراً واحداً فى مدتها فقد تطول فى بعض الولادات وتقصر فى البعض الآخر. ومن السهل جداً أن يخطئ الطبيب فى تقدير زمن الولادة فيترك الوالدة ظاناً بانها لا تلد الأ بعد ساعات كثيرة فلايكاد يصل الى بيته حتى تكون الولادة قد تمت فيقع عليه لوم كبير .وقد يلازم الطبيب الوالدة ساعات طويلة منتظراً الولادة من ساعة الى أخرى فتتأخر يوماً أو أكثر. ومما يساعد على تقدير الزمن اللازم للولادة الاستفهام عن الولادات السابقة ان كانت سريعة أو بطيئة . وملاحظة قوة الانقباضات وطول مدتها ومعرفة ما اذا كان جيب المياه قد انفجر أو لم ينفجر ، واذا كان الرأس قد هبط كثيراً فى الحوض ، والى أىّ درجة وصل تمدد الفوهة الظاهرة . ومن الموافق أن لا يترك الطبيب الوالدة المتكررة اذا كانت الانقباضات القوية تتلو بعضها بعضاً فى مدد قصيرة ، واذا كانت الفوهة الظاهرة تمددت الى حجم الريال . أما اذا كان جيب المياه قد انفجر فلا يجوز أن يتركها أبداً . ومن المهم معرفته أن العنق السميك اللين يتمدد بسرعة بخلاف العنق الذى تكون حافته رقيقة ولكن صلبة فانه يتمدد ببطء . أما عند البكريات فلا يجوز تركهن اذا تمددت الفوّهة الظاهرة الى حجم الريال . واذا تركها اضطراراً فيجب أن يكون حيث تسهل مخاطبته ورجوعه اذا انفجر الجيب أو بدأ الطلق القاذف أو ظهرت أعراض ضغط على العجان .

سير الولادة الطبيعى فى الدور الثانى — متى تمدد العنق وانفجر جيب المياه يتغير شكل الطلق وذلك لسببين : الأوّل ، انه متى تصرف السائل يصغر تجويف الرحم فتتضخم عضلاته وتشتد قوّتها . والثانى انه بسبب ملامسة الرحم لجسم الجنين يشتد التنبيه المنعكس للطلق . ويساعد على ذلك

ضغط الرأس الصلب على العنق والمهبل بدل جيب المياه اللين المرن . وبعد انفجار جيب المياه حالاً يرتاح الرحم فيقف الطلق قليلاً ثم يعود بشدة متزايدة . وتطول مدة الطلق . وقد تمكث الطلقة من دقيقة ونصف الى دقيقتين ، وتطول المسافة بين طلق وآخر عما كانت فى آخر الدور الأول ، ولكن كلما تقدم المخاض قلت الفترات وزادت قوتها حتى أنها وقت تخليص الرأس من الفرج تتتابع بسرعة لا تجعل الفترات بينها محسوسة . وتصحبر مساعدة الأم للطلق أشد فانها بغير ارشاد تثبت قدميها وقت الطلق وتركز أليتيها وصدرها على السرير وتقبض بيديها على أعواد السرير أو تمسك بأكتاف احدى الحاضرات ثم تأخذ نفساً عميقاً، وينغلق مزمار الحنجرة، وتنقبض عضلات الزفير بشدة، ويتغير شكل صراخها ويتحول الى أنين شديد مصحوب بحزق قوى . ولكن متى زالت الطلقة وقبل أن تبدأ الثانية يجوز أن تعود الى الصراخ بقوة . ومن تأثير الطلق والحزق يأخذ الرأس فى الدنو من الفرج ، ولكنه يتراجع قليلاً فى الفترة بين الطلقات . وفى مدة بقاء الرأس فى المهبل يزداد حجم الحدبة الدموية . ومتى هبط الرأس الى قرب العجان يضغط على المستقيم فيخرج منه ما يكون فيه من البراز ، وهذا يظهر أهمية اخلاء المستقيم قبل الولادة . ومتى بدأ الرأس فى الضغط على العجان يتمدد الجسم العجانى ويبرز للخارج ، وفى نفس الوقت يستطيل وتندفع حافته المقدمة الى الامام ، وكذلك فتحة الشرج تندفع الى الأمام وتطول المسافة بينها وبين العصعص . ومتى ظهر الرأس من الفرج تتسع فتحة الشرج حتى تبلغ ثلاثة سنتيمترات ، وأحياناً يتشرخ الغشاء المخاطى ويُدمِى . ثم يأخذ العجان فى الاتساع فيترقق حتى انه ليسهل فى بعض الأحوال أن يحس عند جسّه بتداريز الرأس المغطاة بجزئه المقدم. ثم يأخذ الرأس فى التقدم والتراجع

بسبب مقاومة العضلة الرافعة للشرج الى أن تأتى طلقة قوية تدفع الرأس بين نصفى العضلة الجانبيين فيتعداها اكبر أقطار الرأس ، وينحجز خارجها، ولا يعود الى التراجع . وغالباً يولد الرأس فى الطلقة التالية بعد أن يكون قد اتسع العجان الى أقصى ما يستطاع . ثم تلى ذلك ولادة الجسم متبوعاً ومصحوباً بما تبقى من السائل الأمنيوسى مخلوطاً بقليل من الدم الذى يدل وجوده على أن المشيمة تأخذ فى الانفصال من ذلك الحين . وبولادة الجسم ينتهى الدور الثانى للولادة .

كيفية السير فى الولادة الطبيعية — (الدور الأول) . وظيفة المولد فى الدور الأول للولادة تنحصر فى مراقبة المريضة للتأكد من أن سير الولادة عادى لم يطرأ عليه مضاعفات . ويمكن مساعدة الرحم على توسيع العنق بجعل الوالدة تمشى أو تجلس على كرسى ، فان هذا الوضع يساعد على دفع البويضة الى أسفل اكثر مما يحصل لو استلقت على السرير . ولكنها لو شاءت النوم فالواجب تشجيعها على ذلك لانها تصحو منه متجددة القوى . ولسهولة نزول الرأس فى الحوض يجب اخلاء المثانة من البول والمستقيم من المواد البرازية . واذا كانت الحامل متكررة الولادة وكانت جدر بطنها مرتخية فالأوفق أن يربط بطنها بحزام . وهناك نقطتان قد يسهل على المبتدئ أن يتساهل فيهما ارضاء لأهل المريضة ، وهما دهن المهبل بالفازلين أو أى مرهم آخر وتوسيع العنق بالأصبع مراعاة للعادة المتبعة عند القابلات . ولكن فى ذلك من الضرر ما لا يقدر فان المراهم عادة غير معقمة ولا ضرورة لها بالمرة ، وتمديد العنق يدعو الى تمزيقه وتعريض الوالدة للتسمم العفن . كذلك لا يجوز أن تُتْعَب الوالدة بلا داع بتشجيعها على الحزق وقت الطلق فى الدور الأول فانه لا تأثير له قبل انفجار الجيب بل بالعكس ينهك قوى الوالدة بحيث تدخل الدور الثانى خائرة لا تستطيع

مساعدة الطلق . ومن العوائد المضرة أيضاً أن أهل المريضة قد ينشغل بالهم اذا طال الدور الأول فيلِحّون على المولّد أن يجس الوالدة من وقت لآخر لمعرفة درجة تقدم الولادة ، وقد يطلبون منه أن يعمل لها زرقاً مهبلياً بدعوى أنها متعوّدة عليه . وهذان الأمران يساعدان كثيراً على نقل المكروبات الى الرحم ويزيدان خطر الحمى النفاسية . انما اذا طال الدور الأول وابتدأ الطلق يأخذ الشكل القاذف فمن المناسب عمل فحص مهبلي . فاذا وجد أن العنق امّحى والفوهة الظاهرة تمددت تماماً ولم ينفجر جيب المياه ، فاللازم أن يُفْجَر بمسبر عقيم . ويستعمل القابلات عادة لفجر جيب المياه قطعة من السكر . وهذه لا يمكن تعقيمها فتحدث غالباً تسمماً نفاسياً .

أما غذاء المريضة فى هذا الدور فيجب أن يكون مغذياً وسهل الهضم مثل اللبن والأرز والشوربة والسوائل .

ماذا يعمل فى الدور الثانى — متى انفجر جيب المياه وأخذ الطلق شكله القاذف يعمل فحص مهبلي للتأكد من عدم سقوط الحبل السرى، ومن ان وضع الرأس طبيعى . ولا يفعل شيء الى أن يدنو الرأس من الفرج .

كيف نساعد الطلق — لمساعدة الطلق يلزم تشجيع الوالدة على الحزق وقت حدوثه . ولكى يكون حزقها ذا تأثير ، تنام على ظهرها أو على أحد جانبيها ، ثم تُربَط فوطة طويلة (محرمة) أو حبلٌ فى حديد السرير من جهة القدمين . ثم توضع وسادة بين قدميها وحافة السرير . وفى وقت الطلق تَثْنى ساقيها وتُثَبّت قدميها على الوسادة ، ثم تجذب المحرمة بشدة وهى كاتمة نفسها ، وتحزق كما تفعل وقت التغوط . وبعض السيدات يفضلنَ أن يقبضنَ بيديهنَّ على أعواد السرير فوق رؤوسهنَّ .

واذا كانت الوالدة نائمة على جانبها تُكلّف احدى السيدات ، أو الممرضة

ان وجدت ، أن تضع ركبتها على السرير وتضغط ظهر الوالدة بفخذها أثناء الطلق ، فان ذلك يخفف كثيراً من ألمها .

ويجب أن تلازم الوالدة الفراش من أول الدور الثاني . ومتى ابتدأ الرأس يظهر من العجان تنام على جانبها الأيسر ، ويجذب حوضها حتى يوازى حرف السرير . ويقف المولد بجانبها لملاحظة تخليص الرأس . ويلاحظ وجوب طى ثيابها الى فوق اليتيها حتى لا تتبلل بالسوائل التى تنزل عادة وقت الولادة . ثم تُلْبَس الجوارب المعقمة ويوضع فوقها وتحتها فوط (محارم) معقمة.

المقارنة بين الوضع الظهرى والوضع الجانبي — يُفَضّل المولدون الانجليز الوضع الجانبي ، ويُفَضّل الفرنسويون وغيرهم الوضع الظهرى . والعوام فى مصر يُولّدون على كراسى مخصوصة للولادة تجلس عليها الوالدة جلوساً ، ولا تستلقى على ظهرها أو جانبها كما فى الوضعين السابقين . والتوليد بهذا الشكل يجعل ردف العجان ومراقبة خروج الرأس من أصعب الأمور ، وهو من ضمن الأسباب فى انتشار السقوط المهبلي ، ولذا يجب اهماله .

أما الوضع الظهرى الذى تكون فيه الوالدة مستلقية على ظهرها وموضوعة على حرف السرير بالعرض بحيث يكون فخذاها منثنيين على بطنها ، وساقاها منثنيين على فخذيها ، فيساعد على تمديد المسالك التناسلية . لأن ضغط الجنين يكون أشد تأثيراً ، وانقباض عضلات البطن أقوى منه فى الوضع الجانبي. ولكن الوضع الجانبي يفضله من حيث انه يمكن المولد من ملاحظة تخليص الرأس وتمديد العجان اكثر من الوضع الظهرى .

متى يعطى الكلوروفورم — بعض الحوامل ترهبهن آلام الولادة ويطلبن أن يعطى لهن كلوروفورم . والوقت المناسب لاعطائه لهن هو فى أثناء تمدد الفوّهة المهبلية بالرأس . فمتى وجدنا أن العجان ابتدأ يبرز اثناء

الطلق وان الفرج ينفتح قليلاً ، وانه يمكننا الاحساس بالرأس اذا ضغطنا بين الشرج والعصص، نعلم أن الوقت المناسب لاعطاء الكلوروفورم قد دنا .

كيفية اعطاء الكلوروفورم — الاوفق أن تعطى مِقْنَعَة (شمامة) الكلوروفورم للوالدة نفسها ويطلب منها أن تضعها على فمها ، ومتى ابتدأ الطلق نُنَقّط عليها بعض نقط من الكلوروفوم ، فمتى تخدرت الماخض قليلاً تسقط المِقْنَعة من يدها ومتى صحت ننقط بعض نقط أخرى وهكذا .

ومتى ابتدأ الرأس فى التخاص يوضع قليل من الكلوروفورم على المقنعة لمنع الوالدة عن الرفس . واعطاء الكلوروفورم خفيفاً بهذه الكيفية لا يضر الأم ولا الجنين . انما يلاحظ أن لا يكون قريباً من الكلوروفورم شموع موقدة ولا لمبات لأن غازاتها تحلل الكلوروفورم بحيث تجعل بخاره مهيجاً جداً للمسالك التنفسية . ولا يجوز اعطاء الكلوروفورم اذا كانت الوالدة مصابة بامراض كلوية أو بالتسممات الامتصاصية للحمل لأنه يسبب فى هذه الاحوال مضار كثيرة للكبد والكليتين . وفي هذه الأحوال فقط يفضل استعمال الايثر .

متى نمزق جيب المياه — اذا أجرينا فحصاً مهبلياً ووجدنا الرأس متحشراً والفوهة الظاهرة تمددت تمدداً تاما او كادت ولم ينفجر جيب المياه نفجره بمسبر معقم .

اضرار الانفجار المبكر لجيب المياه — لايجوز بأى حال من الاحوال تمزيق جيب المياه قبل تمدد الفوهة الظاهرة وذلك لأربعة أسباب وهى : —

(١) انه من المعلوم ان السوائل تضغط ضغطاً متناسباً على التجويف الذى تكون فيه . وعلى ذلك فان وجود السائل الامنيوسى يمنع وقوع الضغط المضر على اجزاء الجنين وعلى جدر الرحم ، اذ يجعل الضغط عليها متساوياً . ثم انه يساعد ايضاً على محو العنق وتمديد الفوهة الظاهرة ، بحيث لو

تمزق جيب المياه قبل حدوث ذلك يتعطل الدور الأول ، لان الجزء الآتى به الجنين لا يستطيع أن يندفع كإسفين فى الفوهه الظاهرة ويمددها كما يفعل جيب المياه ، الا اذا كانت متسعة اتساعاً كافياً لقبوله .

(٢) انه متى انفجر جيب المياه قبل اوانه فعند حدوث كل طلق يضغط الجزء الآتي به الجنين على جزء معين من جدر الرحم . فاذا طالت مدة الولادة بسبب ما فمن دوام الضغط المتكرر على ذلك الجزء يصبح عرضة للالتهاب والتمزق ، أو تضعف حيويته لدرجة تجعله يتنكرز (يتغنغر) فيما بعد .

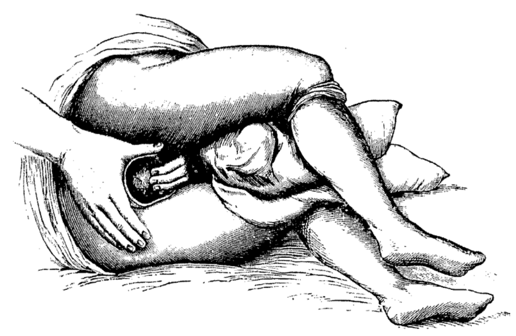
(٣) انه عند ما يكون الجنين عائماً فى السائل الامنيوسى لا يكون الضغط على الحبل السرى ممكناً . أما اذا انفجر جيب المياه وتصرف السائل الامنيوسى فقد ينضغط الحبل السرى بين الجنين وجدر الرحم فتقف دورة الجنين ويموت .

(٤) أنه عند ما يكون الجنين عائماً فى السائل الامنيوسى يسهل على الرحم اذا كانت انقباضاته قوية وقت الولادة ، ان يصلح وضع الجنين ان كان معيباً . أما اذا انفجر جيب المياه فالجنين يبقى فى وضعه المعيب .

وعلى ذلك فانفجار جيب المياه قبل الأوان يعطل الدور الأول ، ويزيد آلام الأم من ضغط اجزاء الجنين على الرحم ، ويساعد على تمزق الرحم ، ويجعل الجنين فى خطر شديد .

ردف العجان — من المهم جداً ملاحظة النقطتين الآتيتين اثناء تخلص الرأس وهما : — اولا — لا يسمح للرأس ان يتخلص الا وهو فى حالة انثناء تام حتى لا تمدد العجان الاّ باصغر أقطار الرأس . ثانياً . — لا يسمح للرأس أن يتخلص بسرعة خوفا من أن لا يعطى للعجان الوقت اللازم لتمدده فيتمزق . أما الطرق المستعملة لردف العجان فكثيرة اهمها الطريقة الآتية والمهم فى

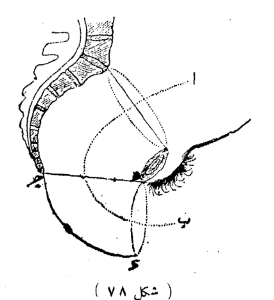
عملها أن نتذكر أن وظيفة المولد ليست سند العجان ، لأن سنده بأى كيفية كانت لا تمنع تمزقه . انما الغرض منها أن يضغط على الرأس حتى يمنع عن الانبساط أثناء خروجه من العجان ، وأن يكون ضغط الرأس موجهاً الى الفوهة لا الى العجان .



(شكل ٧٧) ردف العجان بالسند

وطريقتها هى أن يقف المولّد مواجهاً لأقدام الوالدة . ثم يمرر اليد اليسرى بين الفخذين من الأمام ، ويضع اصابعه على رأس الجنين بحيث يدفعه الى الأمام تحت القوس العانى ، فيساعد بذلك انثناء الرأس الى أن يمر المؤخر من تحت القوس العانى من جهة ومن جهة أخرى يمنع ولادته فى برهة الطلق اتقاءً لتمزّق العجان . وفى هذا الوقت لا تفعل اليد اليمنى شيئاً ، بل يُنْتَظر الى أن ينزل الرأس نزولاً كافياً ، وقبل خروجه بطلقين أو ثلاثة يُضْغط برسغ اليد اليمنى على المسافة التى بين الشرج والعصعص بعد الطلقة مباشرة ، وبهذه الكيفية يُدْفَع الرأس الى اتجاه الفرج بدل ضغطه على العجان فيولد بحركة انبساط .

ولسهولة فهم هذه الطريقة نلاحظ نظريتها الموضحة فى (شكل ٧٨) فبتأمل الشكل يُرى أن المسالك التناسلية للأم تكون وقت الولادة على شكل



(شكل ٧٨)

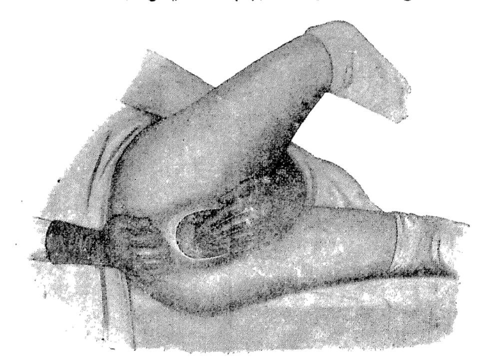
محاور الحوض . وهو يبين أيضا التمدد الذى يحصل للقناة الفرجية اثناء مرور الرأس . فحرفا ا ب يشيران للمحور العام لتجويف الحوض والمسالك التناسلية من وقت مرور الرأس من المضيق العلوى الى وقت خروجها من الفرج ، وحرفا ﺻ ء يشيران للعجان المتمدد . وحرفا ﻫ و للفرج المتمدد بالرأس .

قوس (ا ب) تقعيره الى الأمام . ويمكن أن يعتبر هذا القوس مقسوماً بالخط ﻫ ج الى قسمين علوى وسفلى . ففى أول الولادة عندما يكون الجنين فى القسم العلوى تدفعه الانقباضات الرحمية الى نقطة بين الشرج والعصعص . ولكنه متى هبط الى القسم السفلى يتغير الاتجاه لانه يسير نحو الفرج . فاذا بدأنا بردف العجان والرأس لا يزال فى القسم العلوى فان ذلك يدعو الى تأخير خروج الرأس . ولكننا لو انتظرنا الى أن ينزل الرأس الى القسم السفلى فان دفع الرأس الى الأمام يمنعه من الاندفاع على العجان ويجعله يسير فى اتجاه الفوّهة المهبلية .

النقط الواجب ملاحظتها فى تخليص الرأس — يجب ملاحظة نقطتين مهمتين : الاولى أن يولد الرأس وهو فى حالة انثناء الى ان تخرج الحدبة

المؤخرية لانه فى هذه الحالة يكون أكبر قطر يمدد العجان أثناء انبساط الرأس وولادته هو تحت المؤخرى القمى وطوله ٩,٥ س. بخلاف ما لو سمح للرأس بان يولد والمؤخر لم يخرج من تحت القوس العانى فان العجان يتمدد بالقطر المؤخرى الجبهى وطوله ١١,٥ سنتميراً. وطريقة ابقاء الرأس منثنياً هى ان تضغط الجبهة الى الامام حتى يبقى الذقن ملاصقاً للصدر .

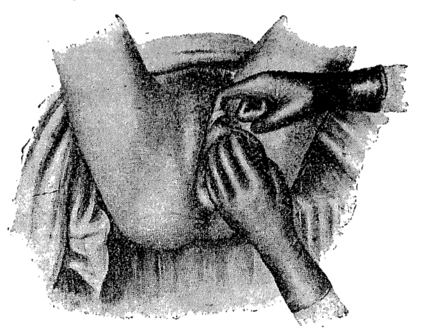
والنقطة الثانية هى أن يولد الرأس فى الفترة بين الطلقات. ويقوم ذلك بمنع الوالدة من الحزق وقت الطلق وتشجعها على الصراخ ومنعها من تثبيت قدميها . ومتى زالت الانقباضات يُجتَهد فى تخليص الرأس .



(شكل ٧٩) ردف العجان بالطريقة غير المباشرة (تويدى) .

ومتى تمت ولادة الرأس نجذبه قليلاً الى الوراء لنرى الحبل السرى لعلَّه يكون ملتفاً عليه . فان كان ملتفاً نجذب احدى اللفات الى أسفل ونمررها من فوق الرأس ، فاذا كانت قصيرة نزلقها على احدى الكتفين ثم على الكتف الأخرى . فاذا لم يمكن عمل احدى هاتين الطريقتين يُقْطَع الحبل السرى بمقص وتُنْهَى الولادة بسرعة بِجَذْب الرأس والضغط على القاع .

ملاحظة العينين والفم — قد يكون فى فم الطفل قليل من المواد المخاطية ، فاذا تركت يختنق الطفل بها عند أول شهيق . ولذلك يلزم أن



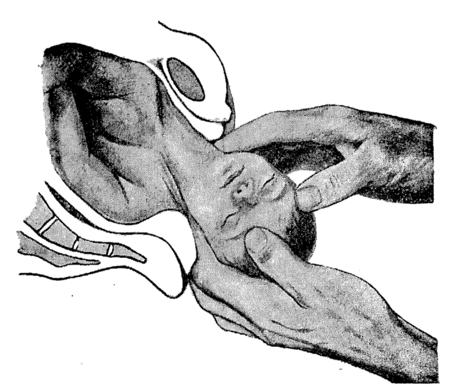
(شكل ٨٠) تخليص الحبل السرى من فوق الرأس (توبهدى)

يمسح فم الطفل بقطعة من الشاش متى ولد الرأس . ويلزم أيضاً مسح العينين باعتناء بقطعة شاش اخرى حتى لا تدخل الافرازات المهبلية فى عينى الجنين

(شكل ٨١) رفع الرأس للاعلى لتخليص الكتف الخلفية .

فقد يتفق أن تكون الأم مصابة بالسيلان فيصاب الطفل بالرمد الصديدى.

ولادة الكتفين — تولد الكتفان عادة وقت حصول الطلق التالى لولادة الرأس . ولكن اذ رأينا رأس الجنين شديد الازرقاق، أو اذا تقلصت عضلات الوجه يلزم انهاء الولادة بسرعة بالضغط على قاع الرحم وادخال اصبع فى المهبل ، ووضعه فى احد الإبطين ، وجذب الجنين من تحت القوس العانى . أما تخليص الأكتاف بالجذب على الرأس فيعطل دوران الأكتاف ويحدث تمزقاً فى العجان أو يزيد التمزق ان كان موجوداً .

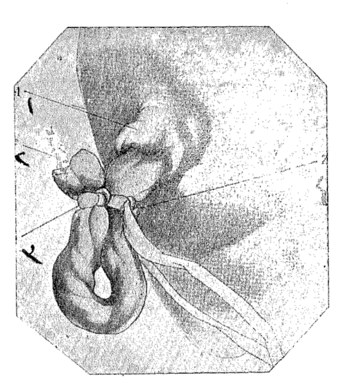


(شكل ٨٢) تخفيض الرأس لتخليص الكتف المقدمة

ولادة باقى الجسم والساقين — يتخلص باقى الجسم والساقان بذات الطلق الذى يقذف الكتفين . وفى اثناء ولادة الكتفين يلزم أن يُمسك الرأس باليدين ويوجه جهة بطن الأم حتى تتخلص بذلك الكتف الخلفية من العجان قبل المقدّمة . ومتى تخلصت الخلفية يجذب الجسم الى أسفل قليلاً فتتخلص الكتف المقدمة .

الدور الثالث — وهو الدور المشيمى ويبدأ من تمام ولادة الجنين وينتهى بتخليص المشيمة .

وضع الماخض فى أثناء الدور الثالث — متى تمت ولادة الجنين يلزم أن تُكَلَّف الوالدة بالنوم على ظهرها بحيث تكون قدماها مرتكزتين على حافة السرير . ولا يجوز بأى حال من الأحوال أن تنام الوالدة على جانبها الأيسر فى اثناء تخليص المشيمة لان هذا الوضع يساعد على دخول الهواء الى الرحم حاملاً اليه بعض المكروبات .



(شكل ٨٣) طريقة لربط الحبل السرى ليست مذكورة فى المتن :
١ — السرة ٣ — عقدة الرباط الاول
٢ — مكان قطع الحبل السرى ٤ — عقدة الرباط الثانى .

الاعتناء بالمولود — اذا ازرقّ جسم الجنين نمسكه بقدميه ونرفعهما الى فوق . وفى الوقت ذاته نضرب به على ظهره لتحريض التنفس . ولما كان أول تنفس يبدأ بالشهيق فان رفع الجنين بالكيفية السابق ذكرها يخرِج المخاط من

الحلق . ومن الموافق أن يمسح فم الطفل بشاش نظيف أو يُمص المخاط من حلقه بقثطرة .

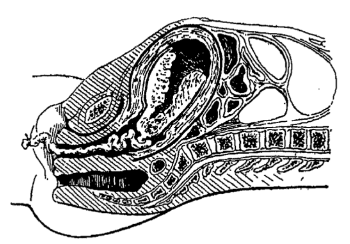
متى يربط الحبل السرى — لا يجوز ربط الحبل السرى الا عند وقوف نبضاته ، وذلك لكى يكتسب الجنين مقداراً كبيراً من الدم الذى فى المشيمة. وكيفية ربطه هى أن نأتى برباط عقيم من الحرير القوى ونربط به الحبل ربطاً متيناً على قيد ٣ أصابع من السرة ، بعد التحقق من عدم وجود عرى معوية فى الرباط ، ثم نقيس أصبعين ونقطع الحبل السرى بمقص عقيم . ثم نضع رباطاً آخر على الطرف المشيمى للحبل السرى بالقرب من الفرج ، وذلك لشيئين : الأول انه قد يكون الحمل توأمياً فيموت الجنين الثانى من النزف ، والثانى لمنع تبلل الملابس والأبسطة .

دلك الرحم — فى الأحوال الاعتيادية التى لا تكون مصحوبة بنزف لا يجوز دلك الرحم قبل خروج المشيمة . انما من الموافق بعد تخليص الجنين أن نغرز الجزء الزندى لليد فى البطن بحيث يلامس قاع الرحم بدون ضغط عليه، ونستمر على ذلك الى ما بعد تخليص المشيمة بقليل . وفائدة وضع اليد بهذه الكيفية هو أن يدرك حصول النزف الباطنى بمجرد حدوثه .

تخليص المشيمة — تتخلص المشيمة فى زمنين : فى الزمن الأول تتخلص من الرحم، وفى الثانى من المهبل . والواجب فى مساعدة تخليص المشيمة أن يُنتَظر انتهاء الزمن الأول . لاننا اذا حاولنا مساعدتها قبل ذلك فقد نحرّض النزف أو نسبب انفصال بعض اجزائها وبقائها فى الرحم . والمصريات على وجه العموم لا يسمحن للقابلة بأن تترك المشيمة فى الرحم دقيقة واحدة بعد ولادة الجنين ، خوفاً من انقباض الرحم عليها وتعذّر تخليصها بعد ذلك . ومع أن هذا الوهم فاسد فقد تضطر المولدة ارضاء لخاطرهن أن تجذب الحبل السرى ،

أو تضع يدها فى المهبل لتخليص المشيمة . وهذا العمل خطر جداً أقل ما فيه انه يحرض النزف ويسمح ببقاء قطع من المشيمة والأغشية فى الرحم ، فضلاً عن انه اذا كانت المشيمة شديدة الالتصاق بالرحم فقد ينقلب باطن الرحم الى الخارج من جذب الحبل السرى . ولذلك فالواجب ألاّ يُعبأ بكلام الأهالى مطلقاً ولا يُقْدِم المولد على مساعدة المشيمة على التخلص الا متى انفصلت من الرحم ونزلت الى المهبل .

كيف نعرف أنه المشيمة انفصلت منه الرحم — تدل على ذلك خمس علامات (أنظر شكل ٨٥) وهى : —



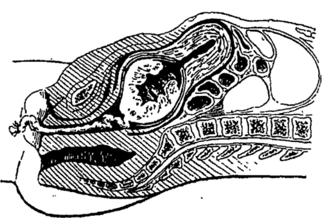
(شكل ٨٤) هيئة المسالك التناسلية قبل أن تترك المشيمة الرحم (جلت)

(١) **استطالة الحبل السرى** . قد ذكرنا فى الكلام على ربط الحبل السرى اننا نضع رباطاً على الطرف المشيمى للحبل السرى بالقرب من الفرج . فمتى نزلت المشيمة الى القسم السفلى للرحم نجد أن الجزء الذى هو خارج الفرج صار أطول من الأول ، وهذه العلامة من العلامات الأكيدة .

(٢) أمسِك الحبل السرى وقوّمه قليلاً ، ثم ضع يدك على البطن واجذب الرحم الى الأعلى فى اتجاه النتوء الخنجرى . فاذا كانت المشيمة فى الرحم ترتفع هى أيضاً وتجذب الحبل السرى معها فيدخل جزء منه الى المهبل بنسبة ارتفاعها .

أما اذا كانت المشيمة فى المهبل فلا ترتفع مع الرحم ولا ينجذب الحبل السرى داخل المهبل . وهناك طريقة أخرى لذلك وهى أن يضغط بلطف على قاع الرحم ، فبهبوط الرحم يستطيل الحبل السرى ويبرز خارج الفرج قليلاً ، فاذا رفعنا الضغط عن الرحم يرجع الى محله الأصلى ، فاذا كانت المشيمة لا تزال فى الرحم يدخل جزء من الحبل السرى الى المهبل بنسبة ارتفاع الرحم ، أما اذا كانت فى المهبل فيبقى على حاله .

(٣) متى نزلت المشيمة الى الجزء العلوى للمهبل تدفع الرحم الى الأعلى فيصعد القاع الى محاذاة السرة أو أعلاها بقليل بعد أن كان أسفلها .



(شكل ٨٥) هيئة المسالك التناسلية بعد أن تنزل المشيمة فى القسم السفلى للرحم (جلت)

(٤) عند ما تكون المشيمة فى الرحم يكون الرحم هابطاً قليلاً فى الحوض فيصعب تحريكه ، ولكن متى نزلت منه المشيمة فان الرحم يرتفع خارج الحوض قليلاً ويصبح مرتكزاً على المشيمة (موزوناً عليها) فيسهل وقتئذٍ تحريكه فى جانب الى الجانب الآخر .

(٥) متى نزلت المشيمة الى المهبل تسبب بروزاً فى القسم الخثلي شبيهاً بالذى يحدث عند امتلاء المثانة .

كيف تنفصل المشيمة عن الرحم — متى ولد الجنين وقبل أن ينقبض الرحم تماماً يحصل نزف من جيوبه الوعائيـة فيسبب تجمعاً دموياً خلف

المشيمة يفصل مركزها عن جدر الرحم . ثم انه عند حصول طلق ثان ينضغط هذا التجمع فيستطيل ويفصل جزءاً آخر من المشيمة فيزداد النزف وينتهى الأمر بانفصال المشيمة وظهور سطحها الجنينى اولاً ويتلوه السطح الرحمى مغطى بكتل التجمع الدموى . وفى بعض الأحوال قد ينفصل الجزء السفلى للمشيمة أولاً ويتلوه الجزء العلوى . وفى هذه الحالة يخرج الجزء السفلى أولاً آتياً بسطحه الرحمى ويتلوه باقى المشيمة .

الوقت الذى تأخذه المشيمة فى انفصالها من الرحم — قد تنقذف المشيمة بعد ولادة الجنين مباشرة ، أو بعدها بخمس دقائق أو عشر أو اكثر فاذا لم تنفصل قبل مرور ساعة نعلم أن الحالة غير طبيعية .

ومتى خرجت المشيمة من القسم العلوى للرحم ونزلت الى القسم السفلي للرحم والعلوى للمهبل، نمسك قاع الرحم باحدى اليدين أو كلتيهما ثم نعصره وندفعه الى الخلف فى اتجاه العجز ثم الى أسفل فى اتجاه المهبل . ويجب أن يفعل ذلك فى برهة انقباض الرحم، والاّ عرضناه للانقلاب مع المشيمة ، ومتى خرجت المشيمة تُستَلقَى باليدين .

ويأتى الآن دور تخليص الأغشية ولذلك طريقتان : الأولى أن تدار المشيمة على محورها جملة مرات فتلتوى الأغشية على نفسها وتنفصل من أضعف نقطة فيها وهى نقطة اتصالها بالرحم . والطريقة الثانية هى أن تُمسَك أطراف الأغشية باليدين: واحدة على كل طرف ، وتبسط الأغشية بينهما ثم تجذب جذباً رقيقاً الى الأسفل والوحشية مع ذبذبة قليلة الى الجانبين ومن أعلى لأسفل . فاذا لاحظنا بأن الأغشية بدأت تتمزق نمسكها من جهة أعلى التمزق . واذا بقيت قطعة من الأغشية بعد انفصال المشيمة نمسكها بجفت شريانى ونتركه ساعة أو ساعتين أو اكثر ثم نلفه حول نفسه جملة مرات

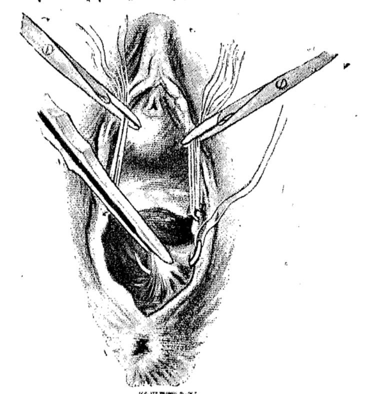
فتخرج بقية الأغشية . أما اذا بقيت قطعـة صغيرة من الأغشية فى باطن الرحم فالأنسب تركها لتنزل مع السائل النفاسى . واذا كنا راعينا النظافة التامة فى الولادة فلا خوف من حصول امتصاص عفن . وفى هذه الحالة يدلك الرحم جيداً وتعطى الوالدة ٤ جرامات من خلاصة الارجوتين السائلة. فاذا وجدنا تغيراً فى رائحة السائل الأمنيوسى فى اليوم الثانى نعمل زرقاً مهبلياً: فان كانت الأغشية فى المهبل تنزل مع السائل، والاَّ فنتبعه بزرق رحمى بقثطرة بوزمان ، وبهذه الطريقة يسهل جداً اصطياد وعرقلة الأغشية بين الأصبع الموضوع على العنق والقثطرة التى فى باطن الرحم .

فحص المشيمة — متى نزلت المشيمة نضع اناءً بين الفخذين وننقلها اليه وبهذه الطريقة نمنع تبلل الفراش ، أما اذا حاولنا نقلها الى اناء بعيد عن السرير يتساقط الدم على الأبسطة . وبعد ذلك نملأ هذا الاناء الى نصفه بالماء ثم نفحص الوجه الرحمى للمشيمة . فاذا وجدنا الفصوص ملتصقة بعضها ببعض ومغطاة بغشاء رمادى رقيق شبيه بورقة السيجارة نعلم انها سليمة ، واذا وجدنا تمزقاً نضم حافتيه ونرفع حوافى المشيمة حولها أعلى من مستوى التمزق فان توافقت الحوافى تماماً نعلم أننا لم نترك شيئاً فى الرحم. واذا وجدنا مسافة خالية فهذا دليل على أن جزءًا منها بقى ملتصقاً بالرحم . ثم تُفْحَص الأغشية ويُبْحَث عن إمكان وجود مشيمة اضافية تكون قد تركت فى الرحم . ويستدل عليها من وجود أوعية خارجة من المشيمة الأصلية وممتدة على سطح الأغشية الى ان تصل الى ثقب فيها ، فان ذلك دليل على أن مشيمةً كانت متصلة بها . وتركت فى الرحم . فاذا ثبت لنا ذلك نعقم يدينا جيداً ونعقم الفرج جيداً ثم نبحث عنها فى باطن الرحم . وقبل ان ننتهى من فحص المشيمة نبسط الأغشية لنعرف ان كان المقدار الذى خرج كافٍ لتغليف الجنين، أو إنه قد

ترك بعضه فى المسالك التناسلية . وفى كثير من الأحوال تكون الأغشية متهتكة بحيث يصعب الوصول الى نتيجة قاطعة .

خلاصة ما يعمل فى الدور الثالث — تنام الوالدة على ظهرها ثم نضع يدنا على قاع الرحم لملاحظته . واذا كانت المثانة مملوءة يلزم تفضيتها لان الضغط على مثانة مملوءة يسبب ألماً شديداً . ومتى وقفت نبضات الحبل السرى نربطه فى موضعين كما تقدم وبعد ذلك نقطعه. ثم ننتظر حتى نتأكد نزول المشيمة الى المهبل فنطردها الى الخارج بدفع قاع الرحم فى اتجاه الفرج

العجان — من المهم جداً الكشف على العجان بعد الولادة للتأكد من عدم وجود تمزقات فيه . فان وجدت وجبت خياطتها حالاً مهما كانت صغيرة .



(شكل ٨٦) تمزق ناقص للعجان . خياطة العضلتين الرافعتين للشرج

وهناك نوعان من التمزق العجانى : الأول تمزق يحصل فى الخط المتوسط للعجان فقط ، والثانى تمزق يحصل فى الخط المتوسط للعجان ويضاعف بتمزق فى المهبل إما فى أحد جانبيه أو فيهما معاً . وكيفية حصول النوع الثانى هى انه

بسبب كون العضرد الليفى للرافعتين الشرجيتين قويا جداً فلا يحدث التمزق فيه بل يتعداه الى الألياف الجانبية . ثم يتسرب هذا التمزق تحت الغشاء المخاطى فيجعله يبرز امام الرأس على هيئة لسان . وفى أثناء ولادة الرأس من العجان يحصل تمزق آخر فى الخط المتوسط للعجان ويتصل بالتمزق الذى على جانبى المهبل . وهذا النوع من التمزق أردأ بكثير من النوع الأول ، وهو السبب المهم فى حصول ميل الرحم وانثنائه للوراء وسقوط الرحم والمهبل .

كيف نفحص العجان — تنام الوالدة على جانبها الأيسر بحيث تكون أليتاها على حافة السرير . ثم نمرر اليد اليسرى فوق الفخذ الأيمن للمريضة ونبعد حافتى الشوكة الفرجية بأصابعنا . وباليد اليمنى ننظف الجرح من الدم بواسطة قطع من القطن مغموسة فى محلول ليزول بنسبة ١ الى ٢٠٠ . وبهذه الطريقة يسهل علينا ادراك التمزقات العجانية مهما كانت صغيرة . فاذا وجدنا ان التمزق ممتد جانبياً ندخل أصبعاً فى المهبل لنعلم اتساع وعمق التمزق . والأفضل أن يعمل هذا الفحص بعد ولادة الجنين مباشرة .

خياطة العجان — يجب عمل الخياطة بعد الولادة مباشرة ويستحسن عملها قبل خروج المشيمة ان لم تكن المريضة مبنجة لانه كلما عملناها قريباً من خروج الجنين كان الألم أقل . ثم نعقد الخيط إما قبل خروج المشيمة أو بعدها . وبعض

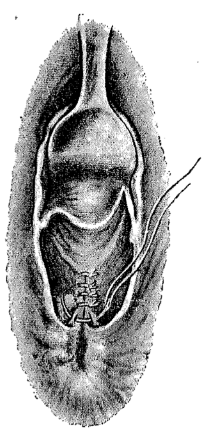
(شكل ٨٧)
تمزق ناقص يوضح الغرز الاخيرة العجانية
ويفضل ان تكون من امعاء دود القز .

المولدين ينصح بعقد الغرز عقدة واحدة، والانتظار حتى اليوم الثانى حين يكون التورم الحاصل فى الأنسجة قد زال، ثم تشد العقدة الأولى وتعقد العقدة الثانية.

واذا لم تشاهد الجروح الاّ بعد يومين فلا يجوز خياطتها الاّ اذا كانت نظيفة وغير مغطاة بطبقة رمادية. وقد رأينا جروحاً نظيفـة تلتئم حافاتها بخياطتها ولو بعد اليوم الرابع للولادة.

درجات تمزق العجان — توجد درجتان لتمزق العجان : —

(١) التمزق الكامل وفيه يتمزق العجان كله ويمتد التمزق الى المستقيم.



(شكل ٨٨) تمزق كامل للعجان.
١ — يبين امتداد التمزق داخل المهبل
٢ — مكان الشوكة الفرجية
٣ — مكان العضلة العاصرة للشرج
٤ — العضلة العاصرة للشرج مقطوعة جانبيا وليس فى الخط المتوسط وهو الاكثر حصولا.

(شكل ٨٩) تمزق كامل للعجان.
خياطة الغشاء المخاطى المستقيمى. يلاحظ ان الابرة تمر فى سمك جدر المستقيم ولكن لا تثقبه وعند خروجها لا تمر بالحافة وبذلك تصير الخيـاطة كلها غائرة.

(٢) التمزق الغير الكامل وفيه لا يتمزق الاّ جسم العجان فقط.

فاذا وجدنا تمزقاً من أحد هذين النوعين وجبت خياطته فى الحال تفادياً لحصول القرحة النفاسية واتقاء لحصول السقوط المهبلى فيما بعد .

أما طريقة خياطة التمزق الكامل فتنحصر فى خياطة جدر المستقيم بعضها ببعض أولاً حتى يتحول التمزق الكامل الى تمزق غير كامل. ويستحسن

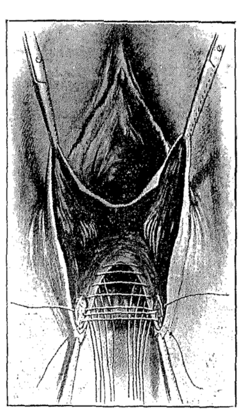


(شكل ٩٠) قابضة للابر (داون)

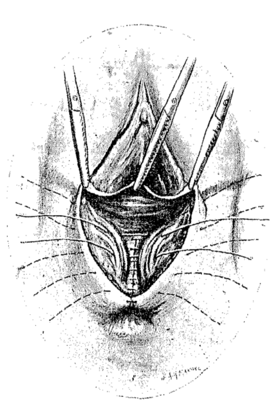
أن يكون الخيط المستعمل من الكاتجوت حتى يمتص من نفسه . ثم تضم حوافى الجرح المهبلى بجملة غرز متقطعة من الكاتجوت أيضاً . وتخاط حافتا العضلتين الرافعتين للشرج بعضهما ببعض بغرز من الكاتجوت ، واذا كانت العضلة العاصرة للشرج متمزقة فتُمْسَك حافاتها المتمزقة بجفوت شريانية ثم تخاط بعضها ببعض بغرز من الكاتجوت . أما الجرح العجانى فتضم حوافيه بغرز من امعاء دودة القز (بِملكْورْم) مع ملاحظة ان الغرز تصل الى قاع الجرح . وترفع الغرز العجانية فى اليوم التاسع أو العاشر .

تنظيف المريضة — متى انتهينا من خياطة العجان نأتى بصحفة مملوءة باللايزول ٥ فى الألف وبها رفائد من القطن . ثم نغسل الفرج بدون تبعيد الشفرين ونجففه ثم نغسل الفخذين . ولا تستعمل الرفادة الواحدة (الاسفنجة) الاّ مرة واحدة . ثم نطلب من الوالدة أن ترفع ظهرها ونمسحه ونجففه ، ثم نرفع من تحتها الملاءات المتسخة ومعها المشمع الصغير ونضع بدلها ملاءة نظيفة مطوية أربع طيات ثم نضع على الفرج حفاظاً عقيماً . ويجب فى الأحوال التى يخاط فيها العجان أن تُمْنَع الممرضة عن تبعيد أطراف الجرح وقت غسله وتنظيفه لأن كثرة التعرض للجروح تمنعها عن الالتئام .

واذا لم يكن من المتيسر الحصول على غيارات عقيمة فيجوز أن تغلى الغيارات فى محلول الليزول أو فى محلول سليمانى بنسبة ١ الى ١٠٠٠ ثم تعصر جيداً . والغيار بهذه الكيفية يساعد على حفظ السائل النفاسى الذى يتشرب فيه من التعفن . والأفضل أن يكون طول قطعة الغيار ٢٥ سنتيمتراً وعرضها ١٠ سنتيمترات وسمكها ٥ سنتيمترات .



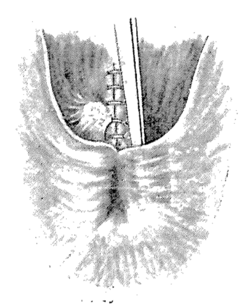
(شكل ٩١)
طريقة اخرى لخياطة المستقيم فى احوال التمزق الكامل للعجان . فى هذه الحالة تكون العقدة ظاهرة فى تجويف المستقيم وليست غائرة مثلها فى (شكل ٨٩)



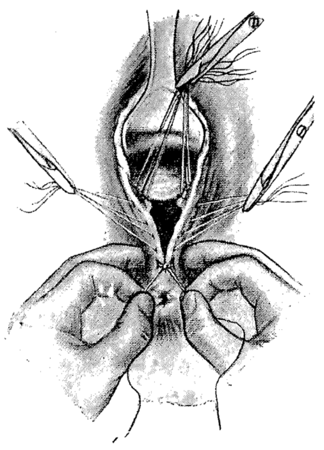
(شكل ٩٢)
تمزق كامل للعجان .
خياطة العضلتين الرافعتين للشرج .

الرباط البطنى — متى انتهينا من وضع الغيار تنام الوالدة على ظهرها ويوضع الرباط البطنى تحتها . والرباط البطنى هو قطعة من القماش القوى طولها متر وعرضها ستون سنتيمتراً . ويجب فى وضع الرباط ملاحظة أن

حافته السفلى تكون أسفل المدورين بخمسة سنتيمترات . وتضم حوافى الرباط بعضها على بعض بأربعة دبابيس قوية . والدبابيس المستعملة بالقصر هى على هيئة المسامير الرقيقة الحادة. والرباط البطنى يلزم أن يكون مشدوداً شداً مناسباً . ويربط عادة بعد ولادة المشيمة بنصف ساعة اذا لم يحصل نزف . ولا يرفع الاّ فى اليوم العاشر. وفائدة الرباط هى انه يسند جدر البطن ويمنع التطبل الغازى الذى كثيراً ما يحصل للنفساء .



(شكل ٩٣) خياطة العضلة العاصرة . أحد طرفى العضلة العاصرة للشرج ظاهر فى يمين الشكل ، والطرف الاخر وضع عليه جفت لجذبه للخارج وخياطته للطرف الاول.



(شكل ٩٤) يوضح كيفية ربط العقد النهائية العجانية .

الاعتناء بالمولود — متى ولد الطفل وجب لفه فى قطعة من الفلانلا ثم فحصه جيداً للتأكد من عدم وجود تشوهات خلقية فيه . واذا شككنا فى أن الوالدة كانت تشكو من افراز مهبلى قبل الولادة وجب أن نضع نقطتين من قطرة نترات الفضة بنسبة ١ الى ١٠٠ فى عينى الطفل منعاً لحصول الرمد الصديدى .

الاعتناء بالطفل — تلزم شدة الالتفات فى قطع السرة لأنه كثيراً ما تُشاهَد أحوال حمرة فى مكان اندغام الحبل فى بطن الجنين تنتهى بوفاته سببها استعمال مقص أو رباط غير عقيم ، أو الاهمال فى الغيار على السرة .

ومتى ولد الجنين يجب دهنه بالزيت الطيّب لاذابة المادة الدهنية المتلبدة على جسمه ثم ترغى قطعة صابون على أسفنجة أو على قطعة قطن ويغسل الطفل جيداً ثم يوضع فى حمام فاتر حرارته ٣٧ س . ومتى انتهى الحمام يجفف الطفل ثم ترش البودرة على كل الثنيات الموجودة فى جسمه مثل الأُرْبية والابط ، ثم يجفف الحبل السرى ويُذَرّ عليه مسحوق البوريك والزنك والنشاء . ثم يؤتى بضماد عقيم (غيار) أو بقطعة قطن مضروبة بين طبقتين من الشاش تكوى بالمكواة وتخرق فى الوسط ، ويُدْخَل الحبل فى الخرق ويطوى على نفسه ثم تطوى أطراف الغيار حوله ويذر المسحوق فوقه ويربط برباط لين . والأفضل خياطة أطراف الرباط لأن شبكها بدبوس قد يؤدى الى انغراس الدبوس فى جسم الطفل . ولا يجوز أن يكون الرباط رخواً جداً ولا ضيقاً بحيث يعيق التنفس .

متى يترك المولد الوالدة — يجب أن يبقى المولد فى منزل الوالدة مدة ساعة بعد الولادة لأنه قد تحصل للأم أو الجنين مضاعفات تستوجب عنايته ، فقد ينزف حبل السرة ، وقد يمتلئ الرحم بالدم ، وقد يحصل للوالدة نزف خارجى ولو أن حصول ذلك نادر اذا أحسن السير فى الولادة . ويجب أن يُعَدّ

النبض كل ربع ساعة. والعادة ان النبض يبطؤ بعد الولادة. فان زادت سرعته يبحث عن السبب فقد يكون نزفاً إما فى باطن الرحم أو خارجه . ويُجَسّ الرحم من الظاهر كل ربع ساعة أيضاً للتأكد من انقباضه تماماً وتُشَجَّع المريضة على النوم ولكن لا ترخى الستائر حتى نستطيع ان نلاحظ أى اصفرار يطرأ على وجهها . واذا شأت ان تأكل تعطى فنجاناً من اللبن أو المرق مع قطعة خبز .

التخدير بغير الكلوروفورم — ينصح بعض المولدين باستعمال المورفين فى الدور الأول للولادة فيحقنون الوالدة بسنتجرام فى أول الولادة فتنام نوماً هادئاً يصير الطلق بعده أقوى مما كان قبلاً .

وقد اتجهت الآراء حديثاً الى ايجاد طريقة لابقاء المريضة فى حالة تخدير مستمر طول مدة المخاض، وذلك باستعمال المورفين مع السكوبولامين أو الهيوسين على طريقة جوس الألمانى . ولكن لهذه الطريقة بعض المضار تجعلنا نتردد فى استعمالها الآ فى أحوال مخصوصة . وهذه المضار هى: (١) انها توقف مساعدة عضلات البطن وغيرها فتطول بذلك أدوار الولادة الثلاثة و(٢) انه قد شوهد فى المستشفيات التى تستعمل هذه الطريقة فى جميع الأحوال انه يضطر الأمر فى كثير من الأحوال الى استعمال الجفت لإنهاء الولادة . ففى بعض هذه المستشفيات استعمل الجفت فى ١٢ ٪ من الأحوال . وفى البعض الآخر فى ٣٢ ٪ منها . و (٣) ان درجة الحرارة قد ترتفع مدة النفاس بسبب استعمال الجفت وطول مدة الولادة . و (٤) انه يجب أن تبقى الوالدة تحت ملاحظة ممرضة اختبرت هذه الطريقة جيداً وأن يبقى الطبيب ملازماً للمريضة ساعات طويلة فى الدور الأول والثانى للولادة . و (٥) انه قد ينتاب الوالدة أدوار هيجان شديد . و (٦) ان خطر حصول النزف

بعد الولادة أشد فى الأحوال التى تستعمل فيها . و (٧) ان عدداً من الأجنة أكثر من العادة تولد فى حالة اختناق . و (٨) انه حصلت بعض وفيات سببها التسمم بالسكوبولامين أو الهيوسين .

طريقة الاستعمال — يبدأ بعمل حقنة من المورفين بمقدار سنتيجرام ونصف مع اضافة ٠٫٠٠٠٤ سكوبولامين ولا يكرّر المورفين . وبعد ذلك بساعتين يحقن ٠٫٠٠٠١ سكوبولامين كل ساعة أو ساعتين بحسب اللزوم . وقد تبلغ عدد مرات الحقن من ٦ - ٨ مرات . ولا يبدأ باعطاء المقدار الأول الا بعد أن يصير الطلق قوياً والفترة بين الطلقات لا تقل عن خمس دقائق . وتوضع المريضة فى اودة منعزلة بعيدة عن الحركة ، ولا يسمح بدخول زوار ، وتسد أذناها بالقطن . ويلاحظ فى هذه الطريقة أنه وان كانت الوالدة تنام حقيقة بين الطلقات ولكنها تتنبه وقت الطلق وانما تنسى حالاً آلامه ولا تتذكرها فيما بعد . ووقت نزول الرأس وخروجها من العجان قد تصير المريضة فى حالة هيجان شديد يمنع ملاحظة العجان فيتمزق .

وبعد الولادة يشاهد أن المريضة تنام نوماً هادئاً تقوم منه مرتاحة الجسم اكثر من اللواتى لا تستعمل لهنّ هذه الطريقة .

الادوية المقوية للطلق — الأدوية التى لها تأثير على الطلق هى الارجوتين والبيتوترين واملاح الكينين .

الأرجوتين — اذا أعطى الأرجوتين للحامل التى فى المخاض بمقدار صغير جدًّا فانه يقوى الانقباضات الرحمية ويطيل مدتها ويقلل الفترات بينها . واذا كان المقدار كبيراً أحدث انقباضاً مستمراً شديداً فى عضلات الرحم . أما اذا أعطى الأرجوتين للحامل التى ليست فى المخاض فلا يحدث طلقاً من ذاته ، أى ان الأرجوتين اذا أعطى بأقصى مقداره الطبى لا يمكن أن يحرض

الولادة من ذاته فتأثيره مقصور على اللواتى فى المخاض .

ولما كان الارجوتين يحدث انقباضاً رحمياً مستمراً ، وليس انقباضاً متقطعاً كالانقباض الطبيعى للرحم فلا يجوز أن يعطى الا اذا كان المراد احداث انقباض مستمر فى الرحم . والانقباض المستمر شديد الخطر فى أدوار الولادة الثلاثة ، لانه يعيق تمدد العنق وقد يميت الجنين من شدة الضغط عليه . وفى الدور الثانى يسبب انقذاف الجنين بسرعة هائلة قد تحدث تمزقاً فى المسالك التناسلية ، أوقد تسبب تمزق الرحم اذا وجد مانع للولادة . وفى الدور الثالث يسبب احتباس المشيمة . وعلى ذلك فلا يجوز اعطاؤه الاّ عند خلو الرحم ، فان الانقباض المستمر يفيد وقتئذ ولا يضر . ويعطى عادة اذا حصل نزف بعد الولادة ، أو اذا لم يرجع الرحم على نفسه مدة النفاس . والعادة المتبعة فى أكثر الولادات الطبيعية هى أن تعطى المريضة قليلا من الارجوتين بمجرد تخليص المشيمة اتقاء لحصول النزف ، ولمساعدة رجوع الرحم على نفسه .

والمقدار الطبي الدستورى هو ٤٠ نقطة من خلاصة الأرجوتين السائلة . ولكن هذا المقدار لا يكفى . والأفضل اعطاء ٤ جرامات من الخلاصة ، ويمكن أن تعطى المريضة لغاية ١٢ جرام فى مدة ٢٤ ساعة بدون ضرر . ويظهر تأثير الارجوتين عادة بعد اعطائه من الفم بربع ساعة . أما اذا أريد أن يظهر تأثيره حالاً فيحقن تحت الجلد ملّيجرام واحد أو ملّيجرامان من سترات الأرجوتينين فيظهر تأثيره فى أربع دقائق .

البيتوترين — هو خلاصة الفص الخلفى للغدة النخامية . والمقدار الطبي له هو جرام من الخلاصة[1] . ويجوز تكرار المقدار بعد ساعة ولو ان

(١) يحتوى الجرام من محلول البيتوترين على ٠٫٢٠ من مادة الغدة .

تأثير المقدار الثانى مشكوك فيه . ويجب استعمال تحضيرات موثوق بها وملاحظة تاريخ تحضيرها المكتوب عادة على الصناديق المحتوية لها ، لأن التحضيرات القديمة عديمة التأثير . والتحضيرات التى نشير باستعمالها هى المحضرة بواسطة شركة بارك دافزأو باروز ولكم .

وتأثير البيتوترين مقتصر على وقت المخاض أى انه يقوى الطلق ولكنه لا يحرض الولادة ولا الاجهاض . ويختلف عن الأرجوتين فى أن انقباضاته شبيهة بانقباضات الولادة الطبيعية ولذلك يجوز استعماله أثناء الولادة بخلاف الارجوتين .

ولا انصح باستعمال البيتوترين فى الدور الأول للولادة لأن تأثيره على الرحم لا يزيد عن ساعة . وربما تبعه خمود فى الرحم . ولا استعمله فى الدور الثانى الا اذا كان العنق متمدداً والرأس منحشراً ولا يعيقه عن الخروج الا ضعف الطلق ، أو صلابة العجان عند البكريات . ولا أعطيه عادة الا اذا كنت مستعداً لاستعمال الجفت ان لم يتخلص الرأس بعد استعماله بساعة . وفى أحوال كثيرة يُغْنِى استعماله عن وضع الجفت .

أما فى الدور الثالث فتأثيره مثل تأثير الارجوتين أى انه يحدث انكماشاً فى الرحم يوقف النزف .

املاح الكينين — فى بعض الأحوال اذا لم يتيسر استعمال البيتوترين يجوزأن يعطى سلفات الكينين ٣٠ر٠ فى برشامة ، وتكرر بعد ٣ ساعات ، وتأثيره لا يتبع نظاماً مخصوصاً فأحياناً يحدث انقباضاً مستمراً مثل انقباض الارجوتين أو متقطعاً مثل البيتوترين ، وعلى كل حال فاستعماله غير مضمون النتيجة .

السكر — أكل مقادير كبيرة من السكر أثناء الدور الثانى يساعد على تقوية الطلق ولا بأس من استعماله لأنه يغذى الماخض فى الوقت ذاته .

﴿ النُفاس ﴾

مدة النُفاس هى الوقت الذى تتم فيه نقاهة الوالدة من تأثيرات الحمل والولادة . وترجع المسالك التناسلية الى حالتها الأصلية قبل الحمل تقريباً ، وينتظم سير الرضاع .

زيارات الطبيب — يجب على الطبيب ان يزور الوالدة بعد ولادة الجنين بعشر ساعات . ثم يزورها كل يوم مرة فى الأيام السبعة التالية ، وبعد ذلك مرة كل يومين مدة أسبوعين . والأمور الواجب عليه ملاحظتها هى : (١) الحرارة ، (٢) النبض ، (٣) ارتفاع قاع الرحم ، (٤) حالة السائل النفاسى ، (٥) حالة الثديين ، (٦) حالة الأمعاء والمثانة ، (٧) الغذاء وعدد ساعات النوم ، (٨) الراحة ، (٩) الغيارات .

(١) **الحرارة** — فى الأربع والعشرين ساعة التالية للولادة يجوز ان ترتفع الحرارة بدون سبب . أما اذا ارتفعت الحرارة بعد ذلك عن ٣٧,٥٠ سنتجراد فيبحث عن سببها .

(٢) **النبض** — النبض مثل الحرارة يرتفع فى الأربع والعشرين ساعة الأولى بلا سبب ، ولكن اذا زاد عن ٩٠ فى الدقيقة بعد ذلك فلا بد لذلك من سبب .

(٣) **ارتفاع قاع الرحم** — بسبب انقباض الألياف العضلية للرحم وانكماشها يأخذ الرحم فى الصغر والرجوع على نفسه ، حتى انه فى نهاية ستة اسابيع بعد الولادة يرجع الى ما كان عليه قبل الحمل تقريباً . وفى اليوم التاسع بعد الولادة يكون قاعه على محاذاة الارتفاق العانى ، وفى اليوم الرابع عشر يكون قد دخل تجويف الحوض .

(٤) **السائل النفاسي** — هو السائل الذى ينفرز من الرحم اثناء رجوعه على نفسه . وهو يتألف فى اليومين الأولين من دم فقط ، ثم من دم ممزوج بسائل مصلى يكون لونه مائلاً الى السمرة ، ثم من سائل مصلى فقط ويكون لونه مصفراً أو مائلاً الى الاصفرار . والدم ينقطع عادة فى اليوم السادس . ويقف افراز السائل النفاسى بعد عشرة أيام عادة . وقد يستمر الى الأسبوع الثالث . ومقدار السائل النفاسى يختلف من ٢٥٠ — ٣٥٠ جراماً ، وله رائحة خصوصية تنشأ من الدم المختلط به . وتزداد كميته عند اللواتى يحصل لهن نزف مدة الولادة ، وعند اللواتى حيضهن غزير .

وفى الأحوال الاعتيادية يكون السائل النفاسى الموجود فى الرحم قلوياً ولا يحتوى على مكروبات ، ويكون الموجود فى المهبل حمضياً ويحتوى على مكروبات غير ضارة . ومنشأ السائل النفاسى هو تجويف الرحم ولكن تشترك أيضاً التمزقات التى تحصل فى العنق والمهبل فى افرازه .

(٥) **الثديان** — اذا عصرنا الثديين فى اليوم الأول بعد الولادة ينزل من الحلمتين سائل شفاف يسمى بالكولسترم . أما اللبن الحقيقى فلا ينفرز الا فى اليوم الثانى أو الثالث . والكولسترم يختلف عن اللبن فى انه يحتوى على بروتيدات اكثر باربع مرات من اللبن وعلى نصف ما فى اللبن من الدهن والسكر .

(٦) **حالة الامعاء والمثانة** — يلزم ان تعطى الوالدة مسهلا فى مساء اليوم الثانى للولادة . ثم تعطى بعد ذلك ملينات خفيفة من وقت لآخر .

أما من جهة التبول فاذا لم تستطع التبول طبيعياً فالأفضل ان تبول وهى مرتكزة على ركبتيها ويديها . فان لم يمكن تبولها بهذه الكيفية توضع مكمدات ساخنة على القسم الخثلى . فان لم تتبول بعد ١٢ ساعة تمرر لها قثطرة

بالنظر لا باللمس بعد غسل الصماخ البولى بالليزول . ولا يوجد خطر فى تمرير القثطرة فى اليومين الأولين لأن السائل النفاسى يكون عقيماً . أما بعد اليوم الثانى فيخشى من تلوثه .

أما أسباب احتباس البول عند النفاسى فهى : —

(١) عدم تعودهن على التبول وهن مستلقيات على ظهورهن .

(٢) ان ارتخاء عضلات البطن بعد الوضع لا يمكّن الوالدة من الحزق من جهة ، ومن جهة أخرى يمنعها عن الشعور بتمدد المثانة .

(٣) الانقباض المنعكس لقناة مجرى البول المتسبب عن وجود خياطة العجان أو تسلخات بقرب الصماخ .

(٤) خوف المريضة من أن التبول يحدث ألماً اذا مر على جروح .

وقبل وضع القثطرة يلزم تجربة تسليط نافورة من محلول الليزول الساخن بدرجة ٤٠ س على الفرج والصماخ . فان لم تتبول المريضـة وكانت جدر البطن مرتخية يُربَط البطن بحزام أو يضغط على المثانة باليد .

(٧) **الغذاء وعدد ساعات النوم** — فى اليومين الأول والثانى يلزم أن يكون غذاء النفساء مقصوراً على السوائل ، مثل اللبن والشوربة والاروروت مع قليل من الخبز . ومتى تلينت الامعاء فى اليوم الثالث يسمح لها بأكل اللحوم البيضاء مثل لحم الدجاج والسمك وبعد ذلك تعطى كل مايمكنها هضمه .

أما من جهة النوم فالعادة أن الوالدة تنام جيداً فى اليوم الأول للنفاس . فان لم تنم يجب أن تعطى منوماً مثل نصف جرام ڤيرونال ، ويتبع بمشروب ساخن . والأرق مدة النفاس هو غالباً من العلامات المنذرة بحصول التسمم النفاسى والجنون ، فيجب معالجته بلا ابطاء .

ثم انه يوجد نقط أخرى يلزم الانتباه اليها فى معالجة النفساء وهى ألاّ يُسمَح بدخول الزائرات عليها بكثرة .

(٨) الراحة — يلزم أن تلازم الوالدة الفراش مدة ثمانية أيام . واذا تيسرت اطالة هذه المدة الى ١٢ يوماً كان أفضل . وعلى كل حال اذا ظهر دم فى السائل النفاسى بعد قيامها من الفراش ، يلزمها العودة اليه ثانياً والاّ فهى تعرض نفسها لانثناء الرحم الى الوراء وعدم رجوع الرحم على نفسه .

وليس أدل على صحة ذلك من انتشار السقوط المهبلى عند الفلاّحات اللواتى لا يراعين هذه الشروط . والأفضل أن تؤمر الوالدات اللواتى لم تحصل عندهنّ جروح بملازمة الوضع الظهرى مدة يومين ، ومن ابتداء اليوم الثالث يوضع خلف ظهرهنّ بضع مخدات . وهذا الوضع يساعد كثيراً على تصريف السائل النفاسى . ويسمح لهنّ أيضاً بالنوم على الجانب . وفى اليوم الرابع يمكنهنّ أن يأكلن وهنّ جالسات . ويجوز أن ينزلن من الفراش فى اليوم السابع ويجلسنَ على كرسى طويل ساعة أو اثنين فى اليوم . أما المصابات بجروح فيلازمنَ الفراش الى يوم شفائهنّ وغالباً يكون ذلك فى اليوم الرابع عشر.

واذا كانت الوالدة من الموسرات فمن المستحسن أن تكرى لها مدلكة لتدليك الجسم بعد الاسبوع الأول ، خصوصاً جدر البطن . والتدليك عموماً يساعد الهضم ، وينظم الامعاء ، ويحسن الصحة العمومية . وتدليك البطن يساعد على تقوية عضلاتها ويرجعها بقدر الامكان الى ما يقارب حالتها الاصلية.

ويجب فحص كل والدة بعد مبارحتها الفراش للتأكد من وضع الرحم ، فان كان منثنياً الى خلف يعدل وتوضع لها فرزجة مناسبة .

(٩) الغيارات — يلزم أن يوضع على الفرج غيار كالسابق شرحه . ويلزم تغييره كل ثلاث ساعات اذا لزم فى اليومين الأولين . أما بعد ذلك

فيكفى تغييره كل ست ساعات أو مرتين فى اليوم فقط .

وفى الأحوال التى تكون فيها الوالدة فقيرة ولا يمكنها تغيير الغيارات عند اللزوم فالأفضل أن لا يوضع على الفرج غيارات بالمرة ، بل تترك السوائل لتتشرب فى الفراش ، فان ذلك أفضل من تحللها وتعفنها على الغيارات اذا تركت مدة طويلة .

وفى الأربعة الأيام الأولى يجب غسل الفرج بمحلول الليزول كل أربع ساعات. أما الزروقات المهبلية فلا يجوز استعمالها الا اذا تعفن السائل النفاسى، لأن الغرض من العلاج أثناء النفاس هو منع المكروبات من دخول المهبل . والزروقات المهبلية فضلاً عن كونها تقتل المكروبات المفيدة التى تكون فى المهبل والتى وظيفتها افراز حمض اللبنيك، فقد يهمل المولد أو مساعدوه المكلفون بعملها فيوصلون الى المهبل مكروبات لم تكن فيه قبلاً ، إما من ملامسة مبسم الزارق للفرج أو من عدم العناية التامة بالتعقيم، فيكون الضرر الحاصل أشد بكثير من الفائدة المرجوة من استعمال الزروقات .

الانذار — اذا ارتفعت درجة الحرارة وكانت الحالة العمومية للمريضة جيدة وكان نومها هادئاً، وكانت تشعر أن صحتها جيدة فليس ارتفاع الحرارة فى ذاته من العلامات الخطرة . أما اذا كانت الحرارة مرتفعة والنوم مفقوداً وكانت هيئتها تدل على انها مريضة جداً وكانت تشعر بتعب شديد فذلك دليل على شدة المرض عليها . أما اذا كانت حرارتها مرتفعة ونومها رديئاً وهيئتها تدل على انها مريضة جداً ولكنها لا تشعر بحالتها السيئة فالغالب انها على شفا الموت .

الآلام بعد الولادة — يطلق عليها العوام اسم (التخاليف) وهى انقباضات رحمية مؤلمة تحدث بعد الولادة وتستمر من يوم الى ٣ أيام . ويكثر

حصولها عند المتكررات . وهى تساعد كثيراً فى رجوع الرحم على ذاته. وفى الأحوال العادية يكون ألمها يسيراً . ولكن الأحوال التى تتسبب عن وجود بقايا من الأغشية أو كتل دموية فى باطن الرحم تصطحب بألم شديد ويجب فى هذه الحالة معالجتها بالأدوية التى تساعد على انقباض الرحم مثل الأرجوتين والاسپيرين ، مع تدليك الرحم واستعمال الزروقات المهبلية الساخنة .

وهاك تذكرة يمكن استعمالها فى هذه الأحوال : —

خلاصة الارجوتين السائلة	٣٠,٠٠
صبغة الكينا الحمضية	٤٠,٠٠
بروموربوتاسيوم	٢,٠٠
شراب برتقال	٢٠,٠٠
ماء لغاية	٣٠٠,٠٠

يؤخذ فنجان قهوة كل ٣ ساعات لحين زوال الآلام .

تذكرة أخرى :

اسبيرين	٠,٣٠	برشامة واحدة
كودايين	٠,٠٣	

يعمل ١٠ برشامات وتؤخذ واحدة كل ٣ ساعات .

وتستعمل فى الأحوال العصبية التى يكون الرحم فيها خالياً من الكتل الدموية وغيرها .



الفصل الثانى عشر

﴿ أنواع المجىء ﴾

المجىء بالقمة

المجىء بالقمة هو المجىء الذى تكون فيه القمة ، وهى المسافة الواقعة ما بين اليافوخين المقدم والخلفى ، أكثر أجزاء الرأس اتجاهاً الى أسفل . وهو أكثر المجيئات حصولاً لأنه يحصل في ٩٥٫٥ فى المائة تقريباً من الولادات الطبيعية .

الأسباب — سبق شرحها فى الكلام على المجىء صفحة ١٢٢ .

الأوضاع — يميز للمجىء بالقمة أربعة أوضاع : الوضع الأول وفيه يكون ظهر الجنين متجهاً الى الأمام واليسار ، والثانى وفيه يكون الظهر متجهاً الى الأمام واليمين ، وفى الثالث الى اليمين والوراء ، وفى الرابع الى اليسار والوراء .

فالوضع الأول وهو الذى يكون فيه الظهر متجهاً الى الأمام واليسار تكون الحدبة المؤخرية لرأس الجنين متجهة نحو الثقب المسدود اليسارى للأم ، والجبهة نحو الارتفاق العجزى الحرقفى اليمينى . ويكون القطر الأكبر للرأس شاغلاً للقطر المنحرف اليمينى للحوض . ويسمى هذا الوضع «مؤخرياً حرقفياً يسارياً مقدماً» وهو أكثر الأوضاع حصولاً .

أما الوضع الثانى ففيه تكون الحدبة المؤخرية متجهة نحو الثقب المسدود اليمينى والجبهة نحو الارتفاق العجزى الحرقفى اليسارى . ويكون أطول قطر للرأس شاغلاً للقطر المنحرف اليسارى . ويسمى هذا الوضع « مؤخرياً حرقفياً يمينياً مقدماً » .

أما الوضع الثالث ففيه تكون الحدبة المؤخرية متجهة نحو الارتفاق العجزى الحرقفى اليمينى، والجبهة نحو الثقب المسدود اليسارى . ويكون القطر الأطول للرأس شاغلاً للقطر المنحرف اليمينى . ويسمى هذا الوضع « مؤخرياً حرقفياً يمينياً خلفياً » .

أمّا الوضع الرابع ففيه تكون الحدبة المؤخرية متجهة نحو الارتفاق العجزى الحرقفى اليسارى ، والجبهة نحو الثقب المسدود اليمينى ، ويكون القطر الأطول للرأس شاغلاً للقطر المنحرف اليسارى . ويسمى هذا الوضع « مؤخرياً حرقفياً يسارياً خلفياً » .

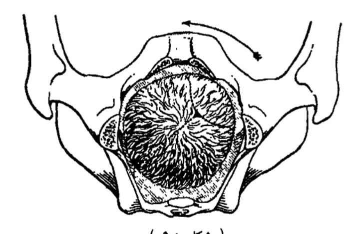
التشخيص — (الجس البطنى) بالجس البطنى يُحس بالرأس شاغلاً للقسم السفلي للرحم، إما فى أعلى المضيق العلوى أو منحشراً فى الحوض . والذقن يكون اكثر ارتفاعاً من الحدبة المؤخرية دالاًّ على أن المجئ بالقمة وليس بالوجه ولا بالحاجب . ويحس بالمقعدة شاغلة للقاع على احدى جهتى الخط المتوسط ، وبينها وبين الرأس يُحس بالظهر مائلاً الى احدى الجهتين . ثم انه يمكن الاحساس بالأطراف اذا كان الظهر متجهاً الى الوراء .

الجس المهبلي — يحس بورم مستدير أملس هو الرأس الذى يتميز عن المقعدة بوجود التداريز واليوافيخ . فاليافوخ المقدم يتميز بكونه معينى الشكل والخلفى بكونه أصغر من المقدم وثلاثىّ الشكل . أما عند تراكم العظام فلا يحس باليوافيخ كمسافات غشائية بل يحس بها كنقطة تقابل التداريز فقط . فاليافوخ المقدم يُحَسُّ به وقتئذٍ كنقطة تقابل أربعة تداريز والخلفى كنقطة تقابل ثلاثة تداريز .

وبمعرفة اتجاه اليوافيخ يمكن تشخيص الوضع . ففى الوضع الأول يكون اليافوخ الخلفى متجهاً الى الأمام واليسار (انظر شكل ٩٥) . وفى الثانى

يكون متجهاً الى الأمام واليمين . وفى الثالث الى الوراء واليمين . وفى الرابع الى الوراء واليسار .

التسمع — بالتسمع تسمع ضربات قلب الجنين واضحة، فى أسفل السرة وعلى أحد جانبي الخط المتوسط ، بحسب اتجاه الظهر (انظر شكل ٩٦) .



(شكل ٩٥)

المجىء بالقمة ، الوضع الاول كما يحس به مهبليا . اليافوخ الخلفى الى الامام واليسار . القوس يشير الى الاتجاه الذى يأخذه الرأس فى عمل الدوران الداخلى (فارابوف)

ميكانيكية الولادة — الحركات التى بواسطتها تتوافق أقطار الرأس مع أقطار الحوض المختلفة أثناء تخلصها من المسالك التناسلية خمس وهى : —

(١) و (٢) الانحشار والانثناء ويحصلان معاً .

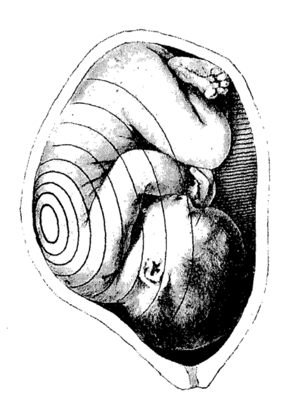
(٣) الدوران الداخلى .

(٤) الانبساط .

(٥) الدوران الخارجى .

(١) **الانحشار** — متى ابتدأ الطلق يأخذ الرأس فى الانحشار فى الحوض ان لم يكن قد انحشر قبلاً . وفى الوضع الأول وهو الذى سنشرحه أولاً يكون القطر الجدارى الجدارى شاغلاً للقطر المنحرف اليسارى . والواجب ان العظمين الجداريين ينحشران معاً بحيث يكون التدريز السهمى قاسماً للقطر

المقدم الخلفى الى قسمين متساويين ، ويسمى انحشارهما بهذه الكيفية انحشاراً متزامناً . أما اذا انحشر أحد العظمين الجداريين قبل الآخر فالانحشار غير متزامن وسيشرح فيما بعد .



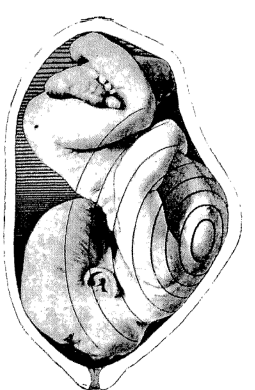
(شكل ٩٦)

يوضح السبب فى سماع ضربات قلب الجنين بأكثر وضوح جهة الظهر فى المجىء بالقمة . (بُمّ)

ثم ان القطر المؤخرى الجبهى يكون شاغلاً للقطر المنحرف اليمينى . والسبب فى كونه لا يشغل القطر المستعرض مع أنه أكبر من المنحرف يرجع الى شيئين : (الأول) ان وجود العضلتين الابوسواسيتين الحرقفيتين يُقَصّر القطر المستعرض بحيث لا يصير اكبر من المنحرف . (الثانى) ان تقوُّس الفقرات القَطَنية للأم الى الباطن يجعل الجدار الخلفى للرحم محدَّباً للباطن فيضطر ظهر الجنين أن يتجه الى الأمام .

(٢) **الانثناء** — قبل ما يدخل الرأس فى تجويف الحوض يكون فى

حالة توازن غير ثابت ، ولكن متى ابتدأ الطلق يُضطر أن يتخذ وضعاً يكون فيه فى حالة توازن ثابت ، وذلك اما بانثنائه أو بانبساطه. والانثناء يحصل فى ٩٩ من كل مائة ولادة يكون فيها المجىء بالرأس ، ولا يحصل الانبساط الاّ فى واحدة . ولذلك سببان : — (الأول) ، ان الجزء من القمة الذى يدفعه

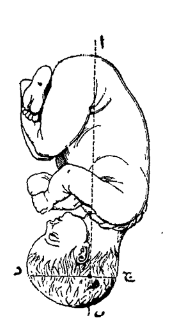


(شكل ٩٧)
يوضح السبب فى سماع ضربات قلب الجنين بأكثر وضوح من جهة الصدر فى المجىء بالوجه وليس جهة الظهر كالمجىء بالقمة . (بمّ)

الطلق على فوهة العنق مُشَكَّل بكيفية تجعل جزءه الخلفى أسهل انزلاقاً من جزئه المقدم ، وعلى ذلك فالجزء المؤخرى للرأس ينزلق قبل المقدّم . و (الثانى) ، وهو الأهم ان الرأس يتمفصل بالعمود الفقرى أقرب الى الوراء منه الى الأمام ، بحيث أن نسبة الجزء من الرأس الموجود أمام المفصل الى الجزء الموجود خلفه هى كنسبة ٦ الى ٥ . وعلى ذلك فالمقاومة التى يصادفها الرأس تؤثر على جزئه المقدم أكثر مما تؤثر علي جزئه الخلفي ، وبذلك سدفع الجبهة الى الأعلى وينثنى

الرأس، ويستمر الانثناء حتى يلامس الذقن القص تقريباً (انظر شكل ٩٨) .

فائدة الانثناء — فائدته أن يُسْتَبْدَل قطر طويل بقطر أقصر منه . فبدلاً من أن يكون القطر المؤخرى الجبهى (وطوله ١١،٥ سنتيمتراً) شاغلاً للقطر المنحرف يُسْتَبْدَل بالقطر تحت المؤخرى القمى (وطوله ٩،٥ سنتيمترات) فقط (انظر الأشكال من ٩٩ — ١٠٢) .



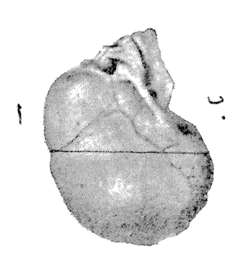
(شكل ٩٨)
كيفية حصول الانثناء فى المجىء بالقمة . ا ب يشير الى الخط الذى يسير عليه ضغط الانقباضات الرحمية . ج د القطر المؤخرى الجبهى . لاحظ كيف ان الخط هـ د أكبر بكثير من الخط هـ ج

(٣) **الدوران الداخلى** — القطر المنحرف هو أطول أقطار المضيق العلوى للحوض ، ولذلك يشغله الرأس فى اثناء مروره من المضيق العلوى . أما فى تجويف الحوض وفى المضيق السفلي فالقطر المنحرف ليس أطول من الأقطار الأخرى . ولذلك فلا يوجد فى شكلهما ما يضطر الرأس للبقاء فى القطر المنحرف متى تخلص من المضيق العلوي . ولما كانت أشد مقاومة يصادفها الرأس فى ولادته آتيـة من الأنسجة العضلية والليفية التى تكوّن أرضية الحوض ، وعلى الأخص ما يدخل منها فى تكوين الجزء الخلفي (لأن الجزء المقدم ينجذب الى الأعلى بانحناء العنق) ، ولماَّ كان الجزء الخلفي لأرضية الحوض يتصل بالحوض من الوراء والجانبين ، فى حين ان الجزء الذى فى الأمام والوسط يكون مفتوحاً ، فيترتب على ذلك أن جزء الرأس الأكثر اتجاها الى أسفل يصادف مقاومة أقل فى الجزء المقدم للحوض ولذلك فهو يتجه الى الأمام بمجرد وصوله الى أرضية الحوض . ولمـا كانت الحدبة المؤخرية

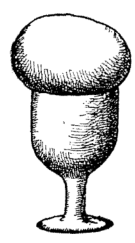
هى الأكثر اتجاهاً الى أسفل، فهى تتجه الى الأمام تحت قوس العانة والجبهة تتجه الى الوراء نحو تقعير العجز . وتسمى هذه الحركة بالدوران الداخلى .



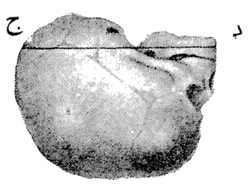
(شكل ٩٩)
يوضح سهولة دخول بيضة فى كأس اذا دخلت باصغر اقطارها



(شكل ١٠١)
قارن طول الخط ا ب هنا بالخط ج د فى شكل ١٠٢ يتضح لك كيف يقصر القطر المنحشر بانثناء الرأس .



(شكل ١٠٠)
يوضح استحالة دخول البيضة اذا لم تدخل بأصغر أقطارها (رنش)



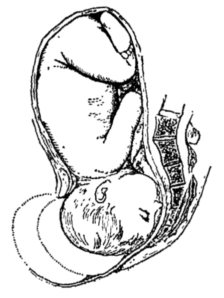
(شكل ١٠٢)
القطر الذى يشغل الحوض اذا لم يكن الرأس منثنيا تمام الانثناء .

الانبساط — قد ذكرنا أن أعظم مقاومة يصادفها الجنين هى فى الجزء الخلفى لأرضية الحوض، فى حين أنه لا توجد مقاومة تذكر فى الجزء المقدم . ولذلك فان الرأس بعد ارتكاز الحدبة المؤخرية تحت القوس العانى يأخذ فى التحرك الى الأمام، فينبسط شيئاً فشيئاً ويبتعد الذقن عن القص، ويظهر الوجه من العجان بالتدريج . ومما يساعد على انبساط الرأس انقباض العضلة الرافعة للشرج، فان هذه العضلة موضوعة بحيث تكوّن جزءًا من أرضية الحوض ومن

الجدر الجانبية والخلفية للمهبل . وعند عدم انقباضها يكون سطحها مُقَعَّراً وتكون الجبهة مرتكزةً عليه ، ولكنها متى انقبضت ينبسط سطحها فيدفع الجبهة الى الأمام .

(٥) **الدوران الخارجي** — تتألف هذه الحركة من جزئين : —

(١) الانعدال ، و (٢) الدوران الخارجي . ولفهم هذه الحركة جيداً تلزم ملاحظة علاقة الكتفين بالرأس . فانه حين يكون القطر المؤخرى الجبهى شاغلاً للقطر المنحرف اليمينى يكون القطر الأخرمى الأخرمى (الكتفى الكتفى) شاغلاً للقطر المنحرف اليسارى . وقد ذكرنا قبلاً أنه عند ما يدخل



(شكل ١٠٣) حركة الانبساط فى المجيء بالقمة .

الرأس فى تجويف الحوض تدور الحدبة المؤخرية الى الأمام ويصير القطر تحت المؤخرى القمى شاغلاً للقطر المقدم الخلفى . ولكن الكتفين تبقيان حيث هما شاغلتين للقطر المنحرف اليسارى ، فينشأ من ذلك أن ذقن الجنين بدلاً من أن يكون أمام القص يصير متجهاً نحو الكتف اليسرى . ولكن بمجرد ولادة الرأس وزوال مقاومة أرضية العجان له ينعدل وضعه بحيث

تصير علاقته بالكتفين طبيعية : أعنى أنه بدلاً من أن يكون متجهاً نحو تقعير العجز مباشرة يتجه الى الوراء واليمين . وتسمى هذه الحركة بحركة الانعدال . ثم انه متى ولد الرأس ونزلت الكتفان فى الحوض تصادفان نفس المقاومة التى صادفها الرأس فتدور الكتف المقدمة الى الأمام وترتكز تحت قوس العانة كما فعل الرأس ، فيترتب على ذلك أن الرأس يدور أيضاً فيتجه الوجه نحو الفخذ الأيمن للأم والحدبة المؤخرية نحو الفخذ الأيسر . وتسمى هذه الحركة بالدوران الخارجى . ثم يتلو ذلك انقذاف الكتفين ، فاذا كان العجان سليماً تولد الكتف المقدمة أولاً ، وان كان متمزقاً تظهر الخلفية أولاً وتتلوه المقدمة .

الوضع الثانى — فى هذا الوضع ينحشر الرأس وقطره تحت المؤخرى القمى شاغلٌ للقطر المنحرف الأيسر . والفرق الوحيد بينه وبين الأول هو أن الحدبة المؤخرية بدلاً من أن تكون متجهة الى اليسار تكون متجهة الى اليمين . وميكانيكية الولادة واحدة فى الاثنين اذا أبدلنا اليمين باليسار . فالحدبة المؤخرية حينما تصادف مقاومة العجان تدور الى اليسار لكى تصل الى القوس العانى بدلاً من أن تدور الى اليمين كما تفعل فى الوضع الأول . والكتفان تنحشران فى الحوض شاغلتين للقطر المنحرف الأيمن بدلاً من الأيسر . والكتف المقدمة تدور الى اليمين بدلاً من أن تدور الى اليسار لكى تصل الى الخط المتوسط . ومتى تخلص الرأس يتجه المؤخر الى الفخذ الأيمن للأم والوجه الى الفخذ الأيسر . وهذه الفروق ليست بذات أهمية فى الولادة .

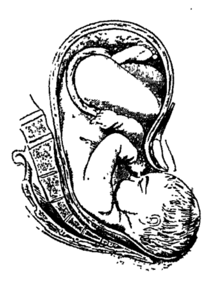
الأوضاع المؤخرية الخلفية — يوجد فرق كبير فى ميكانيكية الولادة بين الوضعين السابقين والوضع الثالث والرابع ، فان الحدبة المؤخرية تكون فيهما متجهة الى الوراء بدلاً من الامام . ولذلك نرى أن الولادة فيهما تكون

فى الغالب أطول وأعسر منها فى الوضعين الأولين. وذلك لسببين : الأول أن رأس الجنين وحوض الأم مُشَكَّلان بكيفية تمنع الرأس من أن ينثنى الانثناء اللازم اذا كانت الحدبة المؤخرية متجهة الى خلف. ويتضح لك ذلك جلياً اذا أخذت جمجمة جنين ووضعتها فى حوض. فاذا وضعتها فى الوضع الأول تجد ان القطر الجدارى الجدارى يكون شاغلاً بانضبط للقطر المنحرف اليسارى حيث يجد متسعاً كبيراً يكفى لدخوله فى الحوض. ثم اذا غيّرت هذا الوضع الى الوضع الثالث، فبينما يكون القطر تحت المؤخرى القمى شاغلاً للقطر المنحرف اليمينى كما هو الحال فى الوضع الأول، تجد أن القطر الجدارى الجدارى لا يكون شاغلاً للقطر المنحرف اليسارى، بل يكون خلفه حيث لا تكاد توجد مسافة تكفى لدخوله فى الحوض. لذلك ترى المؤخر لا ينحشر فى الحوض فى الوضع الثالث بالسهولة التى ينحشر بها فى الوضع الأول. والسبب الثانى هو أن المسافة التى ينبغى للمؤخر أن يدورها وهو فى الوضع الأول والثانى قصيرة جداً لا تتجاوز $\frac{1}{8}$ محيط الدائرة، أما فى الوضع الثالث والرابع فهى طويلة جداً اذ تبلغ $\frac{3}{8}$ محيط الدائرة.

الوضع الثالث — فى هذا الوضع يجد المؤخر صعوبة فى الانحشار وتتعطل حركة الانثناء، ولكنها تحدث أخيراً. والحركات التى يفعلها الرأس فى الوضع الثالث هى نفس الحركات التى يفعلها فى الوضع الثانى، انما تكون حركة الدوران الداخلى أطول بثلاث مرات منها فى الوضع الثانى.

الوضع الرابع — فى هذا الوضع تكون الحدبة المؤخرية متجهة الى الوراء واليسار، والجبهة الى الأمام واليمين. وميكانيكية الولادة مثلها فى الوضع الأول انما حركة الدوران الداخلى فى الوضع الرابع تكون أطول بثلاث مرات منها فى الوضع الأول.

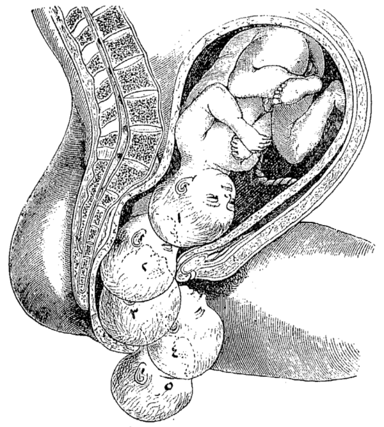
بقاء المؤخر متجها الى الوراء — فى بعض الأحوال التى يصادف فيها المؤخر مقاومة شديدة فى الانحشار لا ينثنى الرأس انثناء تاماً ، فينحشر ويكون قطره المؤخرى الجبهى شاغلاً للقطر المنحرف . ولما كان طول هذا القطر ١١٫٥ سنتيمتراً فالانحشار يكون صعباً جداً فتطول مدة الولادة . وحينما يدخل الرأس فى الحوض لا يكون المؤخر اكثر الأجزاء اتجاهاً الى أسفل كما يحدث اذا كان الرأس منثنياً تاماً بل تكون الجبهة اكثر انحداراً من المؤخر . وتبعاً



(شكل ١٠٤) حركة الانثناء فى بقاء المؤخر متجها الى الوراء .

للقانون القائل أن الجزء الذى يلامس أرضية الحوض أولاً هو الجزء الذى يدور الى الأمام ، تدور الجبهة الى الأمام والحدبة المؤخرية تتجه نحو تقعير العجز . ثم ترتكز الجبهة على الارتفاق العانى ويولد الرأس بحركة انثناء بدلاً من حركة الانبساط . وكيفية حصول ذلك هى أن الانقباضات الرحمية تدفع العمود الفقرى للجنين الى أسفل فينتقل الضغط الى الحدبة المؤخرية فتدور تحت القوس العاني فى حين أن تكون الجبهة مرتكزة على الارتفاق العانى . واكبر قطر يمر فى الحوض فى هذه الحالة هو المؤخرى الجبهى ، وطوله ١١٫٥ سنتيمتراً ولذلك توجد صعوبة كبيرة فى مروره . أنظر (شكلى ١٠٤ و ١٠٥) .

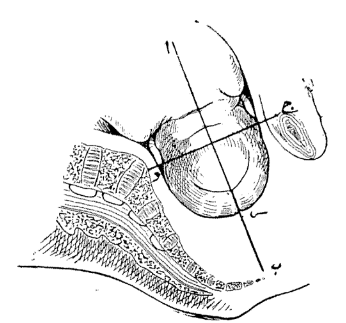
زد على ذلك أن مرور الرأس من العجان وهو بهذه الكيفية يجعله يتمدد كثيراً حتى أنه يتمزق فى أغلب الأحوال التى يولد فيها الرأس وهو فى هذا الوضع . ومتى ولد المؤخر يرتكز القفا على العجان وينزلق الأنف والفم والذقن من تحت القوس العانى .



(شكل ١٠٥) يوضح كيفية تخلص الرأس فى المجىء بالقمة الوضع الرابع اذا لم يدر المؤخر الامام وتركت الحالة للطبيعة (جلابين) .

الانحشار غير المتزامن — قد مر بنا القول أن الرأس ينحشر فى الحوض وحدبتاه الجداريتان على استواء واحد (أنظر شكل ١٠٦) . ولكن قد يحدث فى بعض الأحيان أن ينحشر أحد العظمين الجداريين قبل الآخر ، وهذا ما يسمى بالانحشار غير المتزامن . فاذا انحشر العظم الجدارى المقدم أولاً ينحرف الرأس نحو الزاوية العجزية القطنية ويسمى ذلك بعدم التزامن المقدم . أما اذا انحشر العظم الجدارى الخلفى أولاً فالرأس ينحرف نحو العانة ويسمي ذلك بعدم التزامن الخلفي .

عدم التزامن المقدم — عدم التزامن المقدم ويسمى أيضاً انحراف نجليه (أنظر شكل ١٠٧) هو الانحشار الذى يكون فيه الرأس منحرفاً نحو أحد الكتفين بحيث يكون التدريز السهمى اكثر اقتراباً من الزاوية العجزية

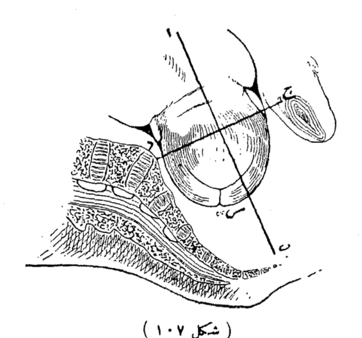


(شكل ١٠٦) الانحشار المتزامن . لاحظ ان الخط ا ب يقسم الخط ج د الى قسمين متساويين ماراً أيضا بالتدريز السهمى المشار اليه بحرف س .

القطنية ، والعظم الجدارى المقدم اكثر من الخلفى اتجاهاً الى أسفل ، وهو يحصل عادة فى الحوض المفرطح أو الضيّق فى جميع أقطاره . وكيفية حصوله هى أن العظم الجدارى الخلفى يصادف مقاومة عظيمة من ازدياد بروز الزاوية العجزية القطنية ، فينحشر العظم المقدم قبله . وكلما ازداد ضيق القطر المقدم الخلفى للحوض ازداد انحراف الرأس الى خلف واقترب التدريز السهمى من الزاوية العجزية القطنية ، حتى أنهُ اذا كان الضيق شديداً ربما ارتفع التدريز السهمى الى أعلى الزاوية العجزية القطنية وظهرت الأذن من الفوهة الظاهرة .

وعدم التزامن المقدم لا يحدث فى أحوال ضيق الحوض فقط ، بل يحدث أيضاً اذا كانت جدر البطن مرتخية ، فان ميل الرحم الى الامام يجعل العظم

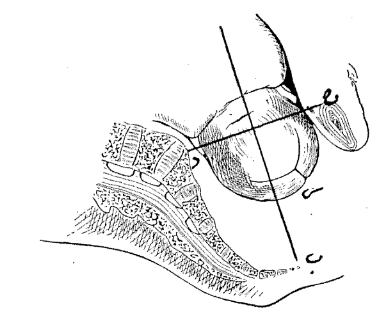
الجدارى المقدم أوطأ من الخلفى . فمتى ابتدأ الرأس فى الانحشار يصادف العظم الجدارى الخلفى مقاومة من الزاوية العجزية القطنية فيدور الرأس على قطره المقدم الخلفى بحيث ينحشر العظم الجدارى المقـدم ويقترب التدريز السهمى من الزاوية العجزية القطنية . فاذا لم يكن ضيق الحوض شديداً يرتكز العظم الجدارى المقدم خلف ارتفاق العانة ، ويصير كنقطة ارتكاز يدور حولها الرأس فينحشر العظم الجدارى الخلفى .



(شكل ١٠٧)
عدم التزامن المقدم . لاحظ كيف ان التدريز السهمى المشار اليه بحرف س اكثر اقترابا للزاوية العجزية القطنية منه الى العانة .

عدم التزامن الخلفى — ويسمى أيضاً بانحراف نجليه المنعكس (أنظر شكل ١٠٨) . هو الانحشار الذى يكون فيـهِ التدريز السهمى اكثر اقتراباً الى العانة منهُ الى الزاوية العجزية القطنية ، ويكون فيه العظم الجدارى الخلفي أوطأ من المقدم . وهو يحدث من ازدياد مقاومة العظم العانى للعظم الجدارى المقدم ، ومن انحراف وضع الجنين فى الرحم الى أحد الجانبين كما يحدث فى الأحوال التى توجد فيهـا أورام فى الجدار الخلفى للرحم ، أو من سقوط

يد أسفل الرأس . وفى الأحوال النادرة التى يحصل فيها انحشار الرأس وهو فى هذا الوضع يحصل أحد أمرين . اما أنهُ من قوة الطلق يندفع العظم



(شكل ١٠٨)

عدم التزامن الخلفى · لاحظ كيف أن التدريز السهمى المشار اليه بحرف س اكثر اقترابا الى العانة منه الى الزاوية العجزية القطنية ·

الجدارى المقدم الى أسفل فيرتفع الخلفى الى أعلى ويتحول عدم التزامن الخلفى الى عدم تزامن مقدم ، أو أن العظم الجدارى الخلفى يرتكز على الزاوية العجزية القطنية ، ويصير كنقطة ارتكاز يدور الرأس حولها . ولا يمكن حصول ذلك الاّ اذا كان الرأس صغيراً جداً وليناً بحيث يسهل تكييفه .

﴿ الأوضاع المؤخرية الخلفية للرأس ﴾

الوضعان المؤخريان هما الوضع الثالث والرابع وفيهما تكون الحدبة المؤخرية متجهة الى الوراء . وهما أقل حصولاً من الأوضاع المؤخرية المقدمة ، والنسبة بينهما هى واحد للخلفية و٣ للمقدمة .

الميكانيكية — تختلف الميكانيكية فى الأوضاع الخلفية عنها فى الأوضاع

المقدمة فى أمرين : — (١) ان انثناء الرأس لا يكون تاماً فى أغلب الأحوال، وذلك لسببين : (الأول) أن تقوُّس فقرات الأم القَطَنية للأمام يمنع ظهر الطفل من التقوُّس فينشأ عن ذلك أن الرأس لا ينثنى تماماً . (والثانى) المقاومة التى يصادفها مؤخر الرأس من جدر الحوض ، وذلك لأن المؤخر يكون شاغلاً لأصغر جزء من المضيق العلوى ، وهو الجزء الواقع بين الزاوية العجزية القطنية والارتفاع العانى ، فى حين أن الجبهة تكون شاغلة لأوسع أجزاء المضيق العلوى وقد سبق الكلام على ذلك فى صفحة ٢٢٥ .

(٢) أن حركة الدوران الداخلى قد تطرأ عليها المضاعفات الاتية :—

(أ) قد تتعطل كثيراً لان الحدبة المؤخرية لا تصل الى العانة حتى تكون عبرت $\frac{٣}{٨}$ محيط المضيق العلوى، أى ٣ أضعاف المسافة التى تلزم لوصولها اذا كان الوضع مقدماً .

(ب) وقد لا تتم بالمرة .

(ج) وقد يدور المؤخر الى خلف .

فاذا كان الطلق قوياً ، والانثناء تاماً ، والحوض والرأس طبيعيين فان المؤخر يدور الى الأمام بسهولة. أما اذا كان الطلق ضعيفاً ، والانثناء ناقصاً، أو كان الرأس كبيراً أو صغيراً فان الدوران للأمام لا يتم أو قد يدور المؤخر الى الوراء . وفى كلتا الحالتين تتعسر الولادة عسراً شديداً، فاذا تمت تمر القمة أولاً من تحت العانة ثم يتمدد العجان وينزلق المؤخر من فوقه . وأخيراً يمر الوجه من القوس العانى وتتم ولادة الرأس بحركة انبساط . وفى أغلب الاحوال يتمزق العجان لسببين : — (الاول) أن القطر الذى يمدده هو المؤخرى الجبهى وطوله ١١٫٥ بدل تحت المؤخرى القمي فى الاوضاع المقدمة . و (الثانى) أن الجزء الخلفى للرأس أعرض بكثير من الجزء المقدم .

التشخيص والعلاج — سبق الكلام عن التشخيص، ولكننا سنشير فقط الى بعض علامات تظهر بالفحص الخارجى تساعد على ادراك الأوضاع الخلفية: (أولاً) يلاحظ فى الوالدات النحيفات أن البطن يكون مفرطحاً اكثر من العادة وقليل الانتظام اذا كان الوجع خلفياً. أما فى الاوضاع المقدمة فيكون محدباً ومنتظماً. (ثانياً) انه فى الاوضاع الخلفية يسهل الاحساس بأطراف الجنين بسهولة كبيرة، ويلاحظ بأنها ليست على أحد جانبي الخط المتوسط فقط بل على جانبيه معاً. (ثالثاً) أن جزء الرأس العريض غير المنتظم المكوّن من الجبهة يكون متجهاً للأمام. (رابعاً) صعوبة الاحساس بالظهر. (خامساً) ان ضربات قلب الجنين فى الوضع الأول والثانى تسمع بأكثر وضوح على منتصف الخط الذى يصل بين السرة والحدبة المقدمة العلوية للحرقفة. أما فى الثالث والرابع فتسمع بأكثر وضوح فى جهة اكثر ارتفاعاً واكثر اتجاهاً للوحشية منها فى الوضع الأول والثانى.

أما سير الولادة فالغالب أن يكون طويلاً جداً فى الدور الأول والثانى والطلق يكون شديداً ومتواتراً، ويكثر الانفجار المُعَجَّل للجيب. أما انحشار الرأس فيبطؤ للأسباب التى سبق ذكرها. وفى الدور الثانى تشتد الآلام ويتواتر الطلق حتى يكاد يكون مستمراً، ولكن التقدم يكون تقريباً منعدماً.

فاذا أجرينا جساً مهبلياً نجد أن اليافوخ المقدم أقرب ما تجس به الأصابع الباحثة، ويكون متجهاً الى أحد جانبي الحوض من الأمام.

والباحث المدقق يلاحظ أن الجزء الآتى به الجنين اكثر فرطحة من الجزء المؤخرى للرأس، وأنه بدلاً من أن يكون مستديراً مثله يكون ذا شكل رباعى غير منتظم. أما اذا دار الرأس الى الأمام فيلاحظ بأن الوصول الى

اليافوخ المقدم لم يعد سهلاً ، ويتغير شكل الجزء الآتى به الجنين بسبب انثناء الرأس ودورانه الى الأمام .

المعالجة — اذا شُخِّص الوضع المؤخرى الخلفى فى الأسابيع الأخيرة للحمل أو فى أول الولادة يُحاول تغييره بالحركات البطنية الخارجية ، ويكون ذلك بتعيين موقع بالمقعدة والكتف المقدمة، ومحاولة تدوير الجسم الى الأمام بدفع الكتف المقدمة الى الجهة المقابلة . وهـذه الحركة سهلة العمل عند المتكررة بخلافها عند البكرية بسبب انحشار الرأس عند الأخيرة فى الأسابيع الأخيرة للحمل . فاذا أمكن دفع الكتف الى الجهة المقابلة تطوى محرمة (فوطة) جملة طيّات وتوضع على جانب الرحم، وتُثَبَّت بحزام بطنى لمنع الجسم من الرجوع الى الجهة التى كان فيها .

المضاعفات — (١) اذا لم يدر الرأس الى الأمام ولم ينحشر فى الحوض وكانت الأغشية متمزقة والعنق متمدداً ، فالغالب أن سبب عدم الانحشار عدم انثناء الرأس تماماً أو خمود الرحم أى ضعف الطلق . ففى هذه الحالة تختلف المعالجة بحسب ما اذا كانت الوالدة بكرية أو متكررة . فان كانت متكررة وسبق أن وَلَدَت ولادات سهلة يعمل التحويل القدمى أو يدار الرأس الى الأمام ثم يوضع الجفت . أما اذا وضع الجفت والرأس لم يدر الى الأمام فالغالب أنه ينزلق . ولإدارة الرأس الى الأمام تدخل اليد كلها فى المهبل ويدفع الرأس الى الأعلى، ثم يُمْسَك ويدار الى الأمام، فان لم يدر تُدْفَع اليد الى أن تصل للكتف المقدمة ثم يدار الجذع الى الأمام مع الرأس .

أما اذا كانت الوالدة بكرية فان ضيق المهبل يجعل الولادة بالمقعدة شديدة الخطر على الجنين، فلا مناص من ادارة المؤخر الى الأمام ثم يوضع الجفت.

(٢) اذا كان الرأس منحشراً ولم يدر الى الأمام نحاول إدارته الى الأمام،

وذلك بأن يُضغَط على الجبهة بأصبعين فى وقت الطلق حتى أنه بارتفاع الجبهة يهبط المؤخر ويصير أكثر من الجبهة اتجـاهاً الى أسفل فيساعد ذلك أيضاً على دورانه الى الأمام . وبعض المؤلفين ينصح بادخال اليد كلها فى المهبل وامساك الرأس وتدوير المؤخر الى الأمام . ولكن يستحيل عمل ذلك اذا كان الرأس منحشراً . فاذا لم تمكن ادارة المؤخر الى الأمام يوضع جفت الجذب المحورى ويجذب جذباً مستمراً فيساعد ذلك على دوران الرأس . فاذا لوحظ بأن الرأس دار تماماً يُرْفَع الجفت ويعاد وضعه بالثانى . أما اذا لم يدر الرأس الى الأمام وتمت الولادة والوجه متجه نحو العانة ، فالغالب أن يحدث تمزقٌ بالغٌ فى العجان قد يصل الى المستقيم اذا كانت الوالدة بكرية .

أما فى الأحوال التى يوجد فيها عدم تزامن الانحشار ، فالواجب أن يُبْحَث عن سبب عدم التزامن ، فاذا كان السبب ضيقاً فى الحوض فالمعالجة تكون على حسب درجة الضيق . أما اذا كان عدم التزامن مقدماً والحوض طبيعياً وكان سبب عدم التزامن سقوط الرحم الى الأمام ، فالواجب أن تؤمر الوالدة بلبس حزام بطنى لأن ذلك يساعد على جعل محور الرحم مناسباً لمحور المضيق العلوى . ووجود الدرجات الصغيرة من عدم التزامن المقدم تساعد على سهولة مرور الرأس فى الحوض الذى يكون ضيقاً فى القطر المقدم الخلفى . أما عدم التزامن الخلفى فمضر على كل حال ويلزم اصلاحه فى الحال بالحركات المهبلية والبطنية المزدوجة . فان لم يفد ذلك فالواجب اجراء عملية التحويل القدمى .

تكييف الرأس — بسبب انضغاط الرأس أثناء مروره فى الحوض تقصر بعض أقطاره ويطول البعض الآخر فالأقطار التى تقصر هى : — المؤخرى

الجبهى ، وتحت المؤخرى القمى ، والصدغى الصدغى ، والجدارى الجدارى .
والقطر الذى يطول هو : — فوق المؤخرى الذقنى .

الحدبة المصلية الدموية — تتكوّن أولاً بالقرب من التدريز الجبهى الجدارى فوق أحد العظمين الجداريين حسب وضع الجنين ، ومتى انحشر الرأس يتغير وضعها بحيث يصبح قريباً من اليافوخ الخلفى .

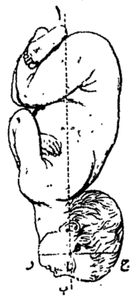
﴿ المجىء بالوجه ﴾

ولو أن المجىء بالوجه يعتبر مجيئاً معيباً ، لكنه كثيراً ما تنتهى الولادة فيه طبيعياً بدون مساعدة . وهو شديد الشبه بالمجىء بالقمة ، انما يختلف عنه فى الأمور الآتية :— فى المجىء بالوجه بدلاً من أن يكون الرأس منثنياً على القص يكون منبسطاً بحيث يقترب المؤخر من الظهر ، وتصير الجبهة والوجه اكثر أجزاء الرأس اتجاهاً الى أسفل . فينشأ عن ذلك أن الصدر يندفع الى الأمام فيلاصق جدر الرحم ويبتعد الظهر عنها (أنظر شكل ٩٧) والمجىء بالوجه نادر الحدوث اذ يحدث مرة فى كل ٢٥٠ ولادة .

والمجىء بالوجه مجىء ثانوى وليس مجيئاً أصلياً . ومعنى ذلك أن الجنين قبل دنو المخاض لا يكون رأسه منبسطاً أى لا يكون وجهه الى أسفل، ولكن متى ابتدأ الطلق وأخذ الرأس فى الانحشار، فقد ينبسط اذا طرأ عليه سبب من الأسباب التى ستذكر فيما بعد ويصير المجىء وقتئذ بالوجه . ولا يحصل الانبساط قبل المخاض الاّ اذا كان الجنين مشوه الخلقة أو وجد فى عنقه ورم يمنع انثناء الرأس .

أسبابه — قد سبق القول أنه قبل تمزق جيب المياه يكون ضغط

السائل الأمنيوسى متساويا على كل أجزاء السطح الباطن للرحم. ولكنه متى تمزق جيب المياه، فمتى حدث الطلق تنقبض جدر الرحم على الجنين فيضغط على أكثر أجزائه بروزاً. وهذا الضغط يساعد على تقويم الظهر وجعل المسافة بين المقعدة والجزء الآتى به الجنين أطول مما كانت، فمتى ضغط القاع على المقعدة ينتقل الضغط الى الجزء الآتى به الجنين. فاذا اتفق أن المفصل الذى بين الرأس والعمود الفقرى كان أقرب الى المؤخر منه الى الجبهة فالرأس ينثنى ويصير المجىء بالقمة. أما اذا كان المفصل أقرب الى الجبهة منه الى المؤخر فالرأس ينبسط ويصير المجىء بالوجه (أنظر شكل ١٠٩) ومن هذا يتضح لنا أن المجىء بالوجه ثانوى يحدث بعد انفجار الجيب ولا يكون موجوداً مدة الحمل. أما أسباب المجىء بالوجه فهى: —



(شكل ١٠٩)
يوضح كيفية حدوث المجىء بالوجه. ا ب يشير الى الخط الذى يسير عليه ضغط الانقباضات الرحمية. ج د القطر الذقنى الجبهى.

(١) كل ما يمنع انثناء الرأس، مثل — أورام العنق، والجواتر، والاستسقاء الصدرى.

(٢) كل الأسباب التى توقف المؤخر، بينما تسمح للجبهة بالانحشار، مثل — انحراف وضع الرحم الى أحد الجانبين، وضيق الحوض، ووجود أورام فى المضيق العلوى. ففى انحراف وضع الرحم مثلاً، بدلاً من أن يندفع الرأس فى تجويف الحوض، يندفع الى الجهة المقابلة للجهة المنحرف اليها الرحم، فينتج من ذلك أن المؤخر يقف، والذقن يُساعَد على الانحشار.

(٣) تشوُّهات رأس الجنين خصوصاً ما يسبب استطالة الجزء المؤخرى

للرأس . ولا يجوز خلط ذلك بما يشاهد دائماً فى تشكيل رؤس الأجنة المولودة بوجهها من استطالة الجزء المؤخرى ، فهذا نتيجة المجىء بالوجه لا سببه .

التشخيص — الجس البطنى — انه بالنسبة لازدياد انبساط الرأس واندفاع الصدر على جدر الرحم يسهل الاحساس بأطراف الجنين، ويصعب الاحساس بالظهر اذا كان الظهر متجهاً للوراء . وكذلك لو كان الظهر متجهاً الى الأمام فان انبساط الرأس يجعل الاحساس بالظهر صعباً . وبالقبضة الحوضية يمكننا الاحساس (اذا لم يكن الوجه قد انحشر) بورم شبيه بحافر الحيوان على الجهة التى فيها الأطراف ، وهذا الورم هو الذقن . وفى الجهة المقابلة للذقن نجد الحوض مملوءًا بورم كبير ينفصل عن الظهر بميزاب عميق وهذا الورم هو المؤخر . ونجد أيضاً أن المؤخر أكثر ارتفاعاً من الذقن (انظر شكل ١٠٩) . وأما اذا كان الوجه منحشراً وأجرينا القبضة الرابعة الحوضية فاننا نجد أصابع اليد التى فى جهة الأطراف تدخل الحوض بسهولة أكثر من أصابع اليد الأخرى التى يعطلها بروز المؤخر عن أن تدخل الحوض بسهولة. واتجاه الظهر ان كان الى الأمام أو الى الوراء أو الى اليمين أو الى اليسار يدلنا على وضع الجنين .

الجس المهبلى — فى أول الولادة يصعب الوصول الى الجزء الآتى به الجنين لأن الوجه يتأخر فى الانحشار . واذا كان جيب المياه لم يتمزق بعد ، نجد شكله قمعياً كما هو الحال فى كل مجىء معيب .

وليس من السهل تمييز الوجه عن المقعدة اذا انحشر الوجه ، لأنه من طول مدة الولادة يتورّم الوجه تورّماً كبيراً يجعله شديد الشبه بالمقعدة . والنقط المميزة للوجه هى الحاجزان الفوق الحجاجيين ، والعظمان الوجنيان ، والفم

الذى يتميز عن الشرج بوجود الحاجز السنخى واللسان . فاذا لم يسهل تمييز الوجه بعد ذلك يدفع أصبع الى الأعلى بين الجزء المنحشر وجدر الحوض ففى المجىء بالوجه يحس بالأذن ، وفى المجىء بالمقعدة يحس بثنية الأُرْبية . وفى فحص الوجه يلزم الاحتراس من اصابة الأعين بأذى . ومن الموافق ألاّ يُدْخَل الأصبع فى فم الجنين خوفاً من تنبيه التنفس وانسداد المسالك الهوائية من دخول السائل الأمنيوسى والمخاط .

أما تشخيص الوضع فيتمّ بملاحظة علاقة أجزاء الوجه بالحوض وعلاقة بعضها ببعض .

التسمع — بالتسمع تسمع ضربات قلب الجنين أكثر وضوحاً فى جهةٍ أعلى مما تسمع فيها فى المجىء بالقمة . وفى الأحوال التى يكون فيها الذقن متجهاً الى الأمام تسمع واضحة تمام الوضوح جهة الصدر لاندفاعه على الجدار المقدم للرحم، (انظر شكل ٩٧) أما فى المجىء بالقمة وبالمقعدة فهى تسمع أكثر وضوحاً على الجهة التى بها الظهر لأنه يكون ملاصقاً للجدار المقدم للرحم .

أوضاع المجىء بالوجه — يتميز المجىء بالوجه أربعة أوضاع هى ذات أوضاع المجىء بالقمة . انما بالنسبة لانبساط الرأس يكون الذقن أكثر الأجزاء اتجاهاً الى أسفل ولذلك فالمجىء يسمى باسمه . ففى الوضع الأول الذى يكون فيه الظهر متجهاً الى الأمام واليسار، يكون الذقن متجهاً الى اليمين والوراء ويسمى الوضع « ذقنياً حرقفياً يمينياً خلفياً » ، وفى الوضع الثانى الذى يكون فيه الظهر متجهاً الى الأمام واليمين يكون الذقن متجهاً الى اليسار والوراء، ويسمى الوضع « ذقنياً حرقفياً يسارياً خلفياً » . وفى الوضع الثالث الذى يكون فيه الظهر متجهاً الى اليمين والوراء ، يكون الذقن متجهاً الى

الأمام واليسار ، ويسمى الوضع « ذقنياً حرقفياً يسارياً مقدماً » . وفى الوضع الرابع الذى يكون فيه الظهر الى اليسار والوراء ، يكون الذقن متجهاً الى الأمام واليمين ، ويسمى الوضع « ذقنياً حرقفياً يمينياً مقدماً » .

ميكانيكية الولادة — تختلف صعوبة الولادة فى الأوضاع المختلفة للمجىء بالوجه بحسب اتجاه الذقن الى الأمام أو الوراء . فالأوضاع التى يكون فيها الذقن متجهاً الى الأمام تكون أسهل بكثير من التى يكون فيها الذقن متجهاً الى الوراء . أما ميكانيكية الولادة فى الأوضاع جميعها فشديدة الشبه بميكانيكية الولادة فى المجىء بالقمة انما يبدل الانثناء بالانبساط ، والانبساط بالانثناء ، والمؤخر بالذقن . والأقطار التى تشغل الحوض هى القصبى القمى وطوله ٩,٥ سنتيمترات ، والجدارى الجدارى ، وطوله ٩,٥ سنتيمترات أيضاً . ولكن القطر القصبى القمى ، وان كان لا يزيد فى الطول عن القطر التحت المؤخرى القمى ، لكنهُ أقل منه قابلية للتصغير . أما حركات الرأس فى أثناء مرورها فى الحوض فهى : —

(١) و (٢) الانحشار ، والانبساط .

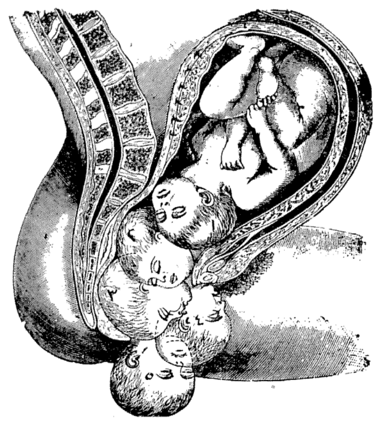
(٣) الدوران الداخلى .

(٤) الانثناء .

(٥) الانعدال والدوران الخارجى .

(١) و (٢) **الانحشار والانبساط** - ينحشر الوجه وقطره القصبى القمى شاغل للقطر المستعرض أو المنحرف . وكلما تقدم الانحشار انبسط الرأس حتى يوشك المؤخر أن يلامس ظهر الجنين (أنظر شكل ١١٠) .

(٣) **الدوران الداخلى** — يستمر الانحشار الى أن يلامس الوجه أرضية الحوض . ولما كان الذقن اكثر الأجزاء اتجاهاً الى أسفل فهو يلامس أرضية



(شكل ١١٠) الحركات التى يفعلها الرأس للتخلص من الحوض فى المجىء بالوجه الوضع الاول (١) الانبساط ، (٢) الدوران الداخلى ، (٣) ابتداء الانثناء (٤) انتهاء الانثناء ، (٥) الانمدال والدوران الخارجى . (جالابين)

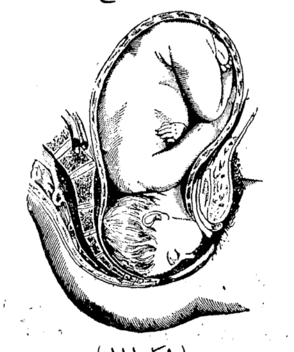
الحوض أولاً ولذلك يدور الى الأمام الى أن يرتكز تحت قوس العانة (انظر شكلى ١١٠ و ١١١) . وحركة الدوران الداخلى تكون ابطأ بكثير فى المجىء بالوجه منها فى المجىء بالقمة ، حتى أنه من شدة بطئها يتورّم الوجه حتى يكاد يظهر من الفرج ولا يكون الدوران قد تقدم كثيراً .

(٤) **الانثناء** — متى ارتكز الذقن تحت قوس العانة يتخلص الرأس بحركة انثناء ، فيظهر الفم والذقن من العجان أولاً ، ثم تتلوهما العينان فالجبهة وأخيراً المؤخر (انظر شكل ١١٠) .

(٥) **الدوران الخارجى** — متى تخلص الرأس من ضغط الحوض ، تحصل له حركة الانمدال لكى تصير علاقته بالكتفين طبيعية ، ومتى دارت

الكتفان يدور الرأس معهما مثلما يفعل فى المجىء بالقمة .

الميكانيكية الشاذة — اذا لم يتم انبساط الرأس انبساطاً تاماً ، تكون الجبهة اكثر اتجاهاً الى أسفل من الذقن فتدور الى الأمام ويتجه الذقن الى الوراء نحو تقعير العجز . وولادة الجنين وهو فى هذا الوضع تكاد تكون مستحيلة الاّ اذا كان الحوض شديد الاتساع أو الرأس صغيراً جداً .



(شكل ١١١)

دوران الذقن الى الامام وارتكازه تحت القوس العانى فى المجىء بالوجه الوضع الرابع .

تشكيل الرأس — تقصر الأقطار الآتية : — القصبى القمى ، وتحت المؤخرى القمى ، وفوق المؤخرى الذقنى ، والصدغى الصدغى ، والجدارى الجدارى — وتطول الأقطار الآتية : — المؤخرى الجبهى والمؤخرى الذقنى .

الحدبة الدموية المصلية — تتكوّن الحدبة الدموية المصلية فوق الوجه فيتشوّه تشوّهاً شديداً . ولكن هذا التشوه يزول فى بضعة أيام .

معالجة المجىء بالوجه — تختلف المعالجة بحسب الحالة عند ادراك كون المجىء بالوجه . فان كان الوجه منحشراً والوالدة متكررة الولادة وجيب المياه متمزقاً فالأفضل أن تترك الولادة للطبيعة . أما اذا لم يكن الوجه منحشراً

وكانت الوالدة بكرية الولادة، أو اذا خيف من وجود عدم تناسب بين حجم الرأس وحجم الحوض، فالأفضل أن يحوّل المجيء الى مجيء بالرأس. فان لم تنجح فى ذلك أو اذا كان الحبل السرى ساقط أيضاً يعمل التحويل القدمى. ويجب التحقق من حجم الحوض فان كان ضَيِّقاً يعالَج بما يناسب درجة الضيق.

(١) أما الطريقة التى تستعمل لتحويل المجيء بالوجه الى مجيء بالقمة فتسمى طريقة شاتز. ويشترط لنجاحها ثلاثة أمور وهى: —

(ا) أن يكون جيب المياه سليماً لم يتمزق.

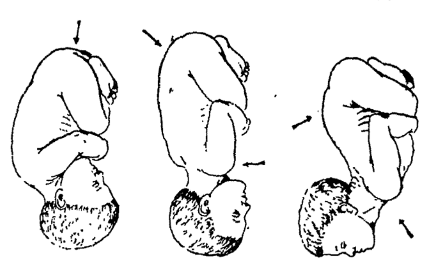
(ب) ألاّ يكون الوجه منحشراً فى الحوض.

(ج) أن تكون جدر البطن مرتخية.

أما طريقة عملها فهى: تُعْطَى الوالدة مقداراً من الكلوروفورم كى ترتخى جدر بطنها، ثم يقف المولد أو يجلس بجانبها مواجهاً لأقدامها كما يجلس عند عمل القبضة الحوضية. ثم يدسُّ يديه حول جانبي الرأس ويرفعه من الحوض، أو يضع يديه على الكتف المقدمة ويجذبها الى الأعلى فيرتفع الرأس معها. ثم يضع احدى يديه على صدر الجنين (والصدر يكون عادة بارزاً فى المجيء بالوجه) ثم يدفعه فى اتجاه ظهر الجنين، ويضع اليد الأخرى على المقعدة ويدفعها فى اتجاه الصدر. فينشأ عن ذلك ان الظهر يتقوّس الى الوراء فينثنى الرأس. ثم يُضْغَط على المقعدة الى الأسفل مباشرة حتى يتم انثناء الرأس. ثم يُرْبَط البطن برباط متين فان لم ينحشر الرأس يُمَزَّق جيب المياه حتى يساعد ذلك على انحشاره.

وطريقة شاتز لا تنجح الاّ فى أحوال قليلة، وقد يحصل فى بعض الأحوال ألاّ ينثنى الرأس انثناءً تاماً بل نصف انثناء فيتحول المجيء بالوجه

الى مجىء اردأ منه بكثير وهو المجىء بالحاجب . فاذا حصل ذلك يُستَعان بالحركات الباطنية والظاهرة فى تحويله الى مجىء بالقمة . فان كانت الفوهة متمددة بحيث تقبل اصبعين فقط تُنَوَّم الوالدة على السرير بالعرض ، ويُدخِل المولّد اليد اليمنى فى المهبل اذا كان الوجه متجهاً الى اليسار ، واليسرى ان كان



(شكل ١١٢) (شكل ١١٣) (شكل ١١٤)

طريقة شاتز — الاقواس تشير الى الجهة التى يدفع فيها الصدر والمقعدة .

متجهاً الى اليمين . ثم يُدْخِل اصبعين فى الرحم ويَضْغَط بهما على الفك السفلى أولاً ثم على الفك العلوى وأخيراً على الجبهة ، فيُدْفَع الوجه الى الأعلى وينثنى الرأس . وفى الوقت نفسه يضع يده المولد على المؤخر من الخارج ويدفعه الى أسفل لمساعدة انثنائه .

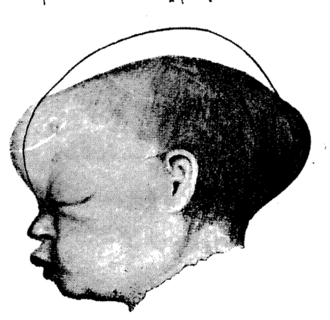
هذا اذا كانت الفوهة الظاهرة لا تسمح بقبول اليد كلها ، فان سمحت بذلك تدخل اليد ويُمْسَك بها الوجه ويدفع الى الأعلى . فان لم تنجح هذه الطريقة تعاد ثانياً ، ويكلَّف احد المساعدين بان يدفع الصدر فى اتجاه الظهر والمقعدة فى اتجاه الصدر كما يُفْعَل فى طريقة شاتز .

فان لم تنجح هذه الطريقة تُعْمَل الطريقة الآتية : —

ويشترط لنجاحها أن تكون الفوهة الظاهرة متمددة بحيث تقبل اليد

كلها . ولعملها يدخل المولّد اليد اليمنى فى الرحم اذا كان الوجه متجهاً الى اليمين، واليسرى ان كان متجهاً الى اليسار (عكس الطريقة السابقة) . ثم يدسّ يده بين الرأس وجدر الرحم حتى تصير أصابعه فى أعلى الحدبة المؤخرية . ثم يُمْسك المؤخر ويجذبه الى الأسفل، وفى الوقت ذاته يضغط بيده الاخرى من الخارج على الصدر ويدفعه فى اتجاه الظهر .

(٢) ترك المجى كما هو — اذا عوّلنا على ترك المجى كما هو وجب ان نُفهِمَ أهل المريضة أن الولادة ستطول وأن الجنين فى خطر شديد ، وانه اذا وُلِد حياً يكون وجهه مشوهاً بورم يزول فى بضعة أيام .



(شكل ١١٥)
تغير شكل الرأس (التشكيل) الذى يحصل فى المجي بالوجه .

والنقط الواجب ملاحظتها فى المجىء بالوجه هى أن تؤمر الوالدة بالنوم فى الفراش ، وأن يجتنب بقدر الامكان كل ما يمكن أن يساعد على تمزيق الأغشية وذلك لأن جيب المياه يمدد العنق أفضل من الوجه بكثير . ويجب أن تنام الوالدة على الجانب الذى يكون الذقن متجهاً اليه لان ذلك يساعد على دورانه الى الأمام . ومتى اقترب الوجه من العجان فالأفضل عمل فحص

مهبلى للتأكد مما اذا كان الذقن قد دار الى الأمام أو لم يدر . فاذا وجدنا أنه لم يدر ننتظر الى أن يحدث طلق ثم ندفع الجبهة الى الأعلى فيهبط الذقن الى أسفل ، فيساعد ذلك على دورانه الى الأمام . فاذا لم يدر الذقن بعد ذلك ندخل يداً فى المهبل ونمسك بها الوجه ونحاول تدويره الى الأمام . وفى الوقت نفسه نضع يدنا الأخرى على الكتف المقدمة من الخارج وندفعها فى نفس الاتجاه الذى نريد ادارة الوجه اليه .

فاذا لم نستطع مع كل هذا أن ندير الذقن الى الامام وساءت حالة الأم، فالافضل تجربة الجفت فان لم ينجح يعمل التفتيت، لأنهُ من المستحيل ان يولد الجنين وهو بهذه الكيفية الا اذا كان الرأس صغيراً جداً أو الحوض شديد الاتساع، اذ ان مروره وهو فى هذا الوضع يستلزم ان يمر القطر تحت المؤخر القمى وطوله ٩,٥ سنتيمترات مع العنق وسمكه ٤ سنتيمترات ، من القطر المقدم الخلفى للحوض وطوله ١١ سنتيمتراً ، وهذا مستحيل . ووضع الجفت خطر جداً على الجنين اذا كان الذقن متجهاً الى خلف لجواز ضغطه على الحنجرة. أما اذا دار الذقن الى الامام وكان الرحم فى حالة خمود بحيث لا يستطيع أن يُحْدِث القوة الكافية لقذف الجنين فلا خطر من وضع الجفت .

خلاصة معالجة المجىء بالوجه . (١) اذا لم يكن الرأس منحشراً وكان جيب المياه سليماً تعمل طريقة شاتز . (٢) اذا كان الوجه منحشراً والجيب مفتوحاً، والعنق متمدداً، وكان الذقن الى الأمام تترك الحالة للطبيعة. واذا ظهرت دلائل خطر على الأم أو الجنين يوضع الجفت . أما اذا لم يدر الذقن الى الأمام فالغالب أن الرأس لم ينبسط تماماً ويحدث ذلك اذا كان الطلق ضعيفاً. ففى هذه الحالة تعطى المريضة ٠,٠١٥ مورفين حقناً تحت الجلد. ومتى قامت من النوم يعود الطلق بشدة فينبسط الرأس ويدور الذقن الى الأمام . وقد تطول

الولادة من ٨ الى ١٠ ساعات بدون ضرر على الطفل . فاذا لم يدر الذقن الى الأمام يدار باليد . فان لم تتم الولادة يوضع الجفت .

الانذار — خطر جداً على الجنين اذ يموت ١٣ فى المائة من الأجنة. أما الأمهات فالانذار لهن أخطر بقليل منهُ فى المجىء بالقمة .

﴿ المجىء بالحاجب ﴾

المجىء بالحاجب هو المجىء الذى يكون فيـه الرأس فى حالة ما بين الانثناء والانبساط . ويكون الجزء بين الحاجز الفوق الحجاجي واليافوخ المقدم اكثر أجزاء الرأس اتجاهاً الى أسفل . وهو نادر الحصول يحصل مرة واحدة فى كل ٥٠٠ ولادة . وهو مجىء ثانوى لا يحصل الاّ بعد ابتداء المخاض .

أسبابه — هى أسباب المجىء بالوجه نفسها .

أوضاعه - يتميز له وضعان: الأول ويكون الظهر فيه لليسار والثانى لليمين.

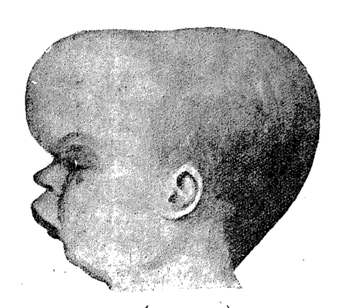
التشخيص — *بالجس البطنى* — يحس بأن الرأس متأخر فى الانحشار وأن الذقن والحدبة المؤخريه على استواء واحد .

بالجس المهبلى — نصادف صعوبة فى الوصول الى الرأس لأنه يتأخر فى الانحشار فى أول الولادة ، ثم نجد أن جيب المياه قمعى الشكل كما هو الحال فى كل مجىء معيب . ومتى انحشر الرأس نجد على أحد جانبى الحوض اليافوخ المقدم والعظم الجبهى ، وعلى الجانب الآخر الحاجز الفوق الحجاجى وتجويف الأعين.

بالسمع — تسمع ضربات قلب الجنين على أحد جانبى الخط المتوسط بحسب اتجاه ظهر الجنين .

ميكانيكية الولادة - الأقطار التى تشغل الحوض هى فوق المؤخرى الذقنى وطوله ١٤ سنتيمتراً ، والجدارى الجدارى وطوله ٩,٥ سنتيمترات. ولذلك فان

الرأس يصادف مقاومة هائلة فى الانحشار ، واذا انحشر ينحشر وقطره الاكبر شاغل للقطر المستعرض . وتتم الولادة فى المجىء بالحاجب باحدى أربع طرق : —



(شكل ١١٦)
التشكيل الذى يحصل للرأس فى المجيء بالحاجب

(١) أن يولد الرأس كما هو اذا كان حجمه صغيراً جداً ، أوكان الحوض شديد الاتساع .

(٢) أن يتحوّل المجىء بالحاجب الى مجىء بالقمة .

(٣) ان يتحول المجىء بالحاجب الى مجىء بالوجه .

(٤) ان ينحشر الرأس في الحوض بحيث لا يستطيع الحركة .

اما في الاحوال التي يولد فيها الرأس كما هو فيدور الرأس بحيث يتجه الوجه الى الامام ثم يرتكز الفك (وليس الجبهة) خلف الارتفاق العانى ، ويولد الرأس بحركة انثناء فتظهر القبوة اولاً ويتلوها الوجه . والولادة في هذه الاحوال تكون طويلة جداً ويتشوه فيها شكل الرأس تشوهاً كبيراً .

المعالجة — لمعالجة المجيء بالحاجب ثلاث طرق وهى :

(١) ان نتم الانثناء ، ونُحوّله الى مجيء بالقمة .

(٢) ان تتم الانبساط وتحوّله الى مجيء بالوجه .

(٣) ان نفعل التحويل القدمي .

(١) اذا لم يكن الرأس منحشراً نجتهد في تحويله الى مجيء بالقمة بطريقة شاتز . فان لم نفلح نجرّب الطريقة الآتية : يضع المولد يده فى المهبل ويدفع الرأس الى الأعلى حتى يترك الحوض ، وجهاً اكثر قوته الى الجبهة حتى يساعد انثناء الرأس . ثم يكلف احد المساعدين ان يدفع الصدر فى اتجاه الظهر كما فى طريقة شاتز . ثم يكمّل الانثناء بضغط المؤخر لاسفل ، إما بالضغط عليه من جدر البطن او بدسّ اليد الموضوعة فى المهبل اعلاه ، ثم جذبه الى اسفل . ومتى انتهينا من ذلك نحفظ الرأس فى وضعه الجديد برباط بطني متين ، وبتمزيق جيب المياه ان لم يكن قد تمزق قبلا .

(٢) اما اذا وجدنا الرأس منحشراً فى الحوض ولم نستطع تحويله الى مجيء بالقمة ، فنجتهد فى تحويله الى مجيء بالوجه . ويتم ذلك بالضغط على جانبي اليافوخ المقدم حتى يرتفع الى الأعلى فيهبط الذقن الى الأسفل .

(٣) اذا لم نفلح فى عمل الطريقتين السابقتين ، نفعل التحويل القدمي وسيذكر فيما بعد .

وفى الأحوال التى يترك فيها المجيء بالحاجب كما هو لصعوبة عمل التحويل ، يجب أن نلاحظ كل ماذكرناه فى معالجة المجيء بالوجه . ولمساعدة دوران الوجه الى الامام تنام الوالدة على الجهة التى فيها الوجه . فاذا اتضح لنا ان الجنين ميت نثقب الجمجمة إلا اذا كان الرأس على وشك التخلص .

الانذار — اشد خطراً على الأم والجنين من المجيء بالقمة .

﴿ المجيء باليافوخ المقدم ﴾

يطلق المجيء باليافوخ المقدم على الأحوال التى يكون فيها اليافوخ

المقدم اكثر أجزاء الرأس اتجاهاً الى اسفل، ويكون الرأس فى حالة متوسطة مابين المجيء بالقمة والمجيء بالحاجب .

الاسباب — الحوض المفرطح أى الضيّق فى قطره المقدم الخلفي .

التشخيص — بالجس المهبلى نجد اليافوخ المقدم اكثر أجزاء الرأس اتجاهاً الى أسفل

ميكانيكية الولادة — فى الحوض المفرطح ينحشر الرأس وقطره المقدم الخلفى شاغل للقطر المستعرض للمضيق العلوى. وبسبب المقاومة التى يصادفها القطر الجدارى الجدارى من القطر المقدم الخلفى ينزلق الرأس الى جانب الحوض الذى يكون مشغولاً بالمؤخر فينشأ عن ذلك شيئان : الأول ان الرأس ينبسط قليلاً فتهبط الجبهة الى أسفل ويصير اليافوخ المقدم اكثر اجزاء الرأس اتجاهاً الى أسفل ، والثانى ان القطر الشاغل للقطر المقدم الخلفى للحوض يصير قطراً أصغر من الجدارى الجدارى . وباستمرار ضغط الانقباضات الرحمية على الرأس ينحشر في الحوض بعد ان يحصل فيه عدم تزامن مقدّم .

المعالجة — مجيء الرأس باليافوخ المقدم يساعد على انحشاره فى الحوض المفرطح ، ولذلك تجب مساعدته بأن تؤمر الوالدة أن تنام على الجهة التى فيها اليافوخ المقدم لمساعدة انحشاره ، ومتى انحشرت الجبهة تؤمر الوالدة بأن تنام على الجهة المقابلة حتى ينحشر اليافوخ الخلفى ايضاً .

أما اذا وجدنا الرأس منحشراً واليافوخ المقدم اكثر اجزاء الرأس اتجاهاً الى أسفل فذلك دليل على ان المجيء انما هو بالقمة ولكنه بسبب عدم انثناء الرأس التام لم يدر المؤخر الى الأمام ، فنعالجه بالمعالجة المذكورة في صفحة ٢٣٤ .

﴿ المجيء باليافوخ الخلفي ﴾

ويطلق على الأحوال التي يكون فيها الرأس منثنياً انثناء شديداً، بحيث يكون اليافوخ الخلفي اكثر الاجزاء اتجاهاً الى أسفل .

اسبابه — ان وجدنا أن المجيء باليافوخ الخلفي وكان الرأس أعلى المضيق العلوى فيدل ذلك إما على ضيق الحوض فى جميع أقطاره ، أو على أن رأس الجنين كبير الحجم جداً . أما اذا كان الرأس منحشراً فلا يدل على شيء لأنه جزء من الميكانيكية العادية للمجيء بالقمة .

التشخيص — بالجس المهبلي نجد اليافوخ الخلفي اكثر اجزاء الرأس اتجاهاً الى أسفل .

ميكانيكية الولادة — لا تختلف عن ميكانيكية المجيء بالقمة فى شيء . أما اذا كان عدم التناسب بين أقطار الرأس وأقطار الحوض شديداً فالولادة الطبيعية مستحيلة .

المعالجة — ان كان ثَمَّتَ ضيق فى الحوض يعالج على حسب درجته والاّ فيترك الرأس زمناً كافياً لتصغيره بالضغط ، ويوضع الجفت متى استوفيت شروطه . فان لم نفلح فى ذلك نفعل عملية الثقب .

﴿ المجيء بالمقعدة ﴾

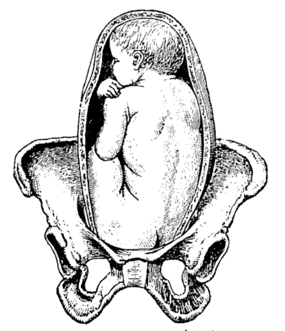
المجيء بالمقعدة يطلق على الأحوال التي يكون فيها الجنين آتيا بمقعدته على المضيق العلوى . وينقسم الى مجيء كامل ومجيء ناقص . فالمجيء الكامل هو الذى تنزل فيه المقعدة مع الاقدام ، والمجيء الناقص هو الذى تنزل فيه المقعدة وحدها وتكون الأطراف السفلى منبسطة على جذع الجنين . أو تنزل ركبة أو ركبتان معاً أولاً .

والمجيء بالمقعدة يحدث مرة فى كل اربعين ولادة .

اسبابه — المجيء بالمقعدة لايحدث عرضياً، بل لابد لحدوثه من تغيُّرات فى شكل الرحم أو الحوض أو الجنين، تمنع توافق اقطار الرأس مع الجزء السفلي للرحم ، أعنى تمنع حصول المجيء بالرأس . وأهمها الاسباب الآتية : —

(١) الحمل المتكرر : لانه يضعف جدر الرحم فتفقد بعض مرونتها .

(٢) ضيق الحوض : لانه يغير شكل المضيق العلوى بحيث لايستطيع الرأس أن ينطبق عليه كالعادة ، فيتغير المجيء .



(شكل ١١٧) المجيء بالمقعدة الوضع الاول (جلابين)

(٣) الحمل التوأمى : لأن فيه يشتد تمدد الرحم ، فتضعف جدره ولا تستطيع ان تحدث الضغط الكافى لحفظ الجنين فى وضعه الطبيعى .

(٤) الاستسقاء الامنيوسى — لأنه يسبب ازدياد تمدد الرحم كالحمل التوأمى

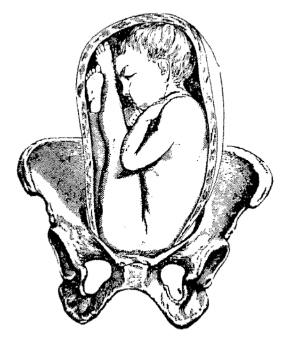
(٥) الاندغام المعيب المشيمة — لأن اندغام المشيمة على القسم السفلى للرحم يغير شكل التجويف الرحمى .

(٦) **الاستسقاء الدماغى** — لأنه يجعل حجم الرأس أكبر من حجم المقعدة مع الأطراف السفلى .

(٧) **الاجنة غير التامة المدة** — لأنها لاتملأ تجويف الرحم ، فلا يوجد ما يبقيها فى وضع مخصوص .

(٨) **أورام الرحم وتشوهاته الخلقية** .

الاوضاع — أنما هى كأوضاع المجىء بالقمة . ففى الوضع الأول يكون الظهر متجهاً الى الأمام واليسار ، وفى الثانى الى الأمام واليمين ، وفى الثالث الى اليمين والوراء ، وفى الرابع الى اليسار والوراء . والوضع الأول أكثرها حدوثاً .



(شكل ١١٨) المجىء بالمقعدة مع انبساط الساقين (جلابين)

خطر المجىء بالمقعدة — كان المجىء بالمقعدة يعتبر سابقاً مجيئاً حميداً ولكنه في الحقيقة مجيء معيب ، لأنه وان كان الخطر على الأم لايزيد فيه عن المجىء بالقمة ، إلا أن الخطر على الجنين أكثر بكثير ، لأنه يموت من الأجنة واحد من كل تسعة عند بكريات الولادة وواحد من ثلاثين عند متكرراتها . وسبب ذلك أن الحبل السرى فى المجىء بالمقعدة

يكون معرضاً للانضغاط ما بين الرأس وجدر الحوض من جهة ، ومن جهة أخرى يتنبّه تنفس الجنين قبل ولادة الرأس من تعرّض جسمه للهواء البارد ، فيمتص مخاطاً وسائلاً امنيوسياً فتنسد المسالك الهوائية .

سير الولادة — يتعطل سير الولادة قليلاً لأن المقعدة لا تملأ القسم السفلي للرحم جيداً فيصير جيب المياه قمعي الشكل وينفجر قبل الأوان، فيتأخر تمدد الفوهـة الظاهرة ، لان المقعدة لرخاوتها لاتستطيع أن تمدد الفوهة كما يمددها الرأس .

التشخيص — من السهل تشخيص المجيء المقعدة بالجس البطني فقط ، ولكن يحسن التأكد من التشخيص بالجس المهبلي والتسمع ايضاً .

الجس البطني — بالقبضة القاعية نجد الرأس شاغلاً لقاع الرحم. ويتميز الرأس عن المقعدة بأنه أصلب وأكثر استدارة ، وانه ينفصل عن الظهر بميزاب هو ميزاب العنق، وانه اذا حُرّك لايتحرك الظهر معه. وبالقبضة الحوضية يحس بالمقعدة شاغلة للمضيق العلوى . واذا كان الساقان منبسطين بجانب الجذع يحس بهما فى القـاع بالقرب من الرأس فيصعُب التمييز بين الرأس والمقعدة .

الجس المهبلي — فى أول الولادة تتأخر المقعدة عن الانحشار للسبب السابق ذكره فيصعب الوصول اليها . انما نلاحظ أثناء البحث أن جيب المياه قمعي الشكل وانه يبرز كثيراً فى أثناء الطلق فنعلم أن المجيء معيب . ومتى انحشرت المقعدة فبالجس يمكن تمييزها عن الرأس لاننا لا نحس عليها بتداريز ولا يوافيخ . والنقط المميزة للمقعدة هى (١) وجود ثلاث نقط عظمية عليها موضوعة على شكل مثلث متساوى الاضلاع . وهذه النقط هى حدبتا الورك ، والعصعص . (٢) وجود الشرج . والشرج يتميز عن الفم بعدم وجود

اللسان والحاجز السنخي من جهة ، وبانقباض العضلة العاصرة الشرجية على الأصبع الباحث من جهة اخرى ، وأيضاً بتلوّث الأصبع الباحث بالعقى. ومن النقط المميزة أيضاً اننا لو تتبعنا العصعص الى أعلا نُحِسُّ بخطوط مستعرضة هى النتؤات الشوكية للعجز .

واذا وجدنا فى أثناء البحث احد أطراف الجنين ساقطاً فالواجب أن نعرف اذا كان مرفقاً أو ركبة أو يداً أو قدماً . فالركبة يسهل تمييزها عن المرفق بكبر حجمها ، وبحدبة القصبة والرباط الردفى . والقدم تتميز عن اليد بالكعب وبأن أطراف أصابعها على خط منحن ، وأيضاً ان ابهام اليد يمكن تقريبهُ وتبعيده بخلاف الأصبع الكبير للقدم .

التسمع — بالتسمع تسمع ضربات قلب الجنين اكثر وضوحاً فى أعلى السرة بقليل وعلى احد جانبي الخط المتوسط بحسب اتجاه الظهر .

ميكانيكية الولادة — أقطار المقعدة قليلة الأهمية لان أكبرها وهو المدورى المدورى لا يزيد طوله عن ٨٫٧٥ سنتيمترات وينقص كثيراً بالضغط.

تحشر المقعدة وقطرها المدورى المدورى شاغل لاحد القطرين المنحرفين. وفى أكثر الأحوال تكون الألية المقدمة اكثر اتجاهاً الى أسفل من الخلفية فتلامس أرضية العجان قبلها ، ولذلك تدور الى الأمام تحت قوس العانة ثم يدور الورك الخلفى حولها ويجتاز العجان . واذا كان العجان سليماً تولد الألية المقدمة أولاً وأن كان متمزقاً تولد الألية الخلفية قبل المقدمة ، ويتبعها بقية الجذع .

أما وضع الجنين فى الرحم فهو مثل وضعه فى المجى بالقمة ، اعنى أن القدمين تكونان مجاورتين للمقعدة والذراعين ملاصقتين للصدر ومتصالبتين .

والرأس يدخل الحوض وهو فى حالة انثناء بحيث يكون الذقن ملاصقاً

للقص . والقطر تحت المؤخرى القمى يكون شاغلاً للقطر المنحرف المقابل للقطر المنحرف الذى كان مشغولاً بالقطر المدورى المدورى . ومتى انحشر الرأس يدور المؤخر الى الأمام تحت قوس العانة، ثم يدور الوجه حوله فيظهر الذقن أولاً فالفم فالأنف فالعينان فالجبهة فالمؤخر . وفى بعض الأحوال غير العادية يدور المؤخر الى خلف بدلاً من دورانه الى الأمام، فتصير الولادة أعسر قليلاً .

الحدبة المصلية الدموية — تتكوّن فوق الالية المقدمة واعضاء التناسل. ولذلك يكثر فى المجىء بالمقعدة أن نجد الصفن متورماً وذا لون أزرق قاتم أو أسود، وذلك لانسكاب الدم من الأوعية الشعرية فى النسيج الخلوى .

المعالجة — يُعالج المجىء بالمقعدة باحدى طريقتين :

(١) التحويل الرأسى .

(٢) ترك المجىء كما هو.

(١) **التحويل الرأسى** — قد يظهر لأول وهلة بأن التحويل الرأسى أحسن معالجة للمجىء بالمقعدة . ولكننا اذا تذكرنا أن المجىء بالمقعدة لا يحصل عرضياً بل تبعاً لتغيرات فى شكل الرحم أو الحوض أو الجنين، نعلم بأن الجنين لم يتخذ هذا الوضع الا لكونه اسلم عاقبة له وللأم . ولذلك فلا يجوز أن نُقْدِم على عمل التحويل الرأسى الاّ اذا تأكدنا بأن الانذار فيه يكون اسلم عاقبة للأم والجنين . والأحوال التى يكون فيها المجىء بالمقعدة اسلم للأم والجنين معاً هى : —

(١) الضيق القليل للحوض .

(٢) الاستسقاء الدماغى .

(٣) الاندغام المعيب للمشيمة .

وذلك لانهُ فى احوال الضيق القليل للحوض والاستسقاء الدماغى يسهل تخليص الرأس اذا تخلص الجسم قبله ، ولأن المعالجة المتّبَعة فى الاندغام المعيب للمشيمة هى التحويل القدمى حتى ولو كان المجىء بالرأس . ومتى عوّلنا على عمل التحويل الرأسى وجب أن ننتظر الى أن يبدأ المخاض ولكن قبل أن تنحشر المقعدة وقبل ان يتمزق جيب المياه ، ثم نعمل التحويل الرأسى من الخارج كما سيذكر فيما بعد ، ونربط البطن برباط متين لحفظ الجنين فى وضعه الجديد . ثم نمزق جيب المياه متى تمددت الفوهة الظاهرة تمدداً تاماً .

(٢) *ترك المجىء كما هو* — اذا عوّلنا على ترك المجىء كما هو وجب أن نلاحظ القانون العمومى لكل مجىء معيب ، وهو أننا نتجنب على قدر الامكان كل ما يساعد على تمزيق جيب المياه . وذلك لأنه اذا تمزق جيب المياه قبل أن تمدد الفوهة الظاهرة فلا تستطيع المقعدة أن تمدد الفوهة الظاهرة كما يمددها جيب المياه ، فتطول مدة الولادة وربما مات الجنين . ويقوم حفظ جيب المياه سليماً بمراعاة الأمور الثلاثة الآتية :

(١) ان تؤمر الوالدة بملازمة الفراش طول مدة الدور الأول .

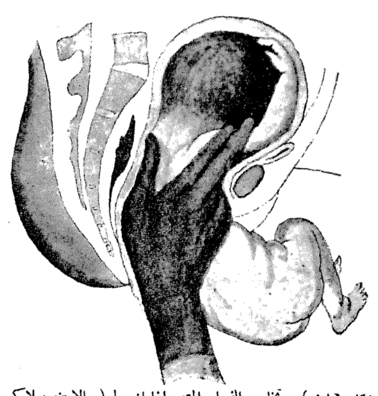
(٢) ألاّ يفعل لها فحص مهبلى ، خصوصاً أثناء الطلق .

(٣) ألاّ يسمح للوالدة بالحزق ما دام جيب المياه لم يتمزق .

ثم ننتظر بعد ذلك حتى تظهر المقعدة من الفرج . وعندئذٍ نرفع الاقدام بمجرد نزولها حتى لا تشتبك بالعجان فتمزقه .

ولا يجوز أن نتداخل بأكثر من ذلك حتى تتم ولادة الجنين لغاية السرة . وعند ذلك ننوّم الوالدة على ظهرها بحيث ترتكز قدماها على حافة السرير بالعرض ثم نجذب عروة من الحبل السرى الى أسفل بغاية اللطف . وأهمية جذب الحبل السرى هى : —

(١) اننا متى جذبنا عروة من الحبل السرى يسهل علينا بملاحظة نبضاتها ان نعرف حالة الجنين .



(شكل ١١٦) تخليص الذراع المقدم اذا انبسط (جالابين وبلاكر)

(٢) اتقاء تَمَزُّق الحبل السرى فى أثناء ولادة الجسم ، فقد ينضغط الحبل السُّرّى ما بين جسم الجنين والمضيق العلوى للحوض الى حد ان يتمزق من شدة الجذب عليه فى أثناء ولادة الجسم .

فاذا علمنا من نبضات الحبل السرى ، أن حالة الجنين جيدة ننتظر قليلاً حتى يأتى الطلق التالى وعندئذ ينقذف باقى الجسم بدون مساعدة ويتبعه الرأس . أما اذا وجدنا أن نبضات الحبل السرى ضعيفة أو إذا تأخرت ولادة الرأس وخفنا على الجنين من الاسفكسيا فيلزمنا أن نساعد تخليص الرأس بالضغط على قاع الرحم من الخارج . فاذا لم يتخلص الرأس بهذه الكيفية فالواجب علينا أن نُمْسِك الجنين حذاء حوضه ثم نجذبه الى أسفل ، وفى الوقت ذاته نكلّف أحد المساعدين بالضغط على قاع الرحم . ففى بعض

الأحوال يتخلص الرأس بسهولة ، ولكن فى أغلب الأحوال تنبسط الذراعان أو أحداهما الى فوق وتُعيقان تخليص الرأس .

تخليص الذراعين (شكل ١١٩) — عند ما تولد المقعدة تكون احدى الاليتين متجهة الى الأمام والالية الأخرى متجهة الى الوراء ، ولذلك تكون احدى الذراعين أيضاً متجهة الى الأمام والذراع الثانية الى الوراء . والأفضل فى تخليص الذراعين ان نبدأ بالذراع الخلفية لأن فى تقعير العجز متسعاً أكثر مما خلف الارتفاق العانى . ولتخليص الذراع الخلفية يُرْفع جسم الجنين الى فوق نحو بطن الأم ثم تُدَس يد فى المهبل وراحتها متجهة نحو ظهر الجنين . ومن الواضح ان اليد التى تُدَس هى التى تقابل الجهة المتجه اليها وجه الجنين . ثم تزاق الأصابع الى الأعلى خلف الذراع الى أن نصل الى المرفق . فاذا كانت الساعد منثنية نشبك الأصابع فى زاوية المرفق ونجذبها بغاية اللطف الى أسفل من فوق الصدر . أما اذا كانت الساعد منبسطة فنمرر الأصابع من تحت المرفق ونشبكها فوق السطح الخلفى للساعد ثم نضغط على الساعد الى أن تنثنى ثم نجذبها الى أسفل حتى تتخلص من فوق الوجه والصدر . أما الذراع المقدمة فاذا لم يمكن تخلصها من الأمام فيدار جسم الجنين بحيث تصير الذراع المقدمة خلفية ثم تُخَلَّص كذراع خلفية . وفى بعض الأحوال تلتوى ذراع الجنين على قفاه (انظر شكل ١٢٠) . وفى هذه الحالة أن لم تتخلص الذراع بواسطة تدوير جسم الجنين فليسَ ثمت طريقة تقى من كسرها عند التخلص .

(شكل ١٢٠)
التفاف الذراع حول القفا (جات)

وتنبغى شدة الاحتراس فى تخليص الذراعين من كسر العضد أو الترقوة .

والعضد تنكسر عادة من محاولة تخليصها بجذبها من وسطها بدلاً من جذبها من أسفل المرفق . أما الترقوة فقد تنكسر من ضغط رأس العضد عليها .

تخليص الرأس — اذا تمت ولادة الكتفين ولم يولد الرأس معهما وجبت مساعدة تخليصه ، لأنه متى ولدت الكتفان يترك الرأس الرحم وينزل فى المهبل فلا يبقى للطلق قوة على قذفه . ولا يجوز أن نسمح ببقاء الرأس فى المهبل وقتاً اكثر من اللازم . وذلك لثلاثة أسباب : (١) انه متى تعرض جسم الجنين للهواء البارد يتنبه التنفس فاذا كان الرأس فى المهبل يمتص الجنين عقياً ومخاطاً فيختنق ويموت . (٢) انه اذا كان الحبل السرى لم ينضغط بين جسم الجنين وجدر الحوض الى الآن فمن المؤكد انه ينضغط بين الرأس والحوض الآن . (٣) انه متى ترك الرأس الرحم تبدأ المشيمة فى الانفصال .

وهناك ثلاث طرق لتخليص الرأس وهى : —

(١) طريقة براج المحسنة .

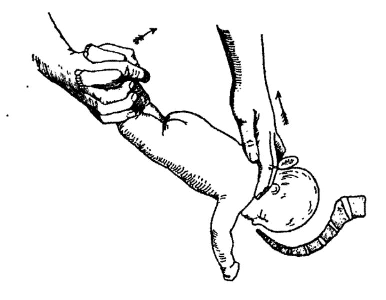
(٢) طريقة مارتين .

(٣) طريقة سميلّى .

وقبل شرح هذه الطرق يجب ان نذكر انه من المهم فى عملها كلها ان يلاحظ تخليص الرأس وهو فى حالة انثناء .

(١) **طريقة براج المحسنة** — وهى أسهل الطرق وأسرعها لتخليص الرأس ان كان فى الحوض ، ولكنها لا تفيد فى الأحوال التى يكون فيها الرأس فى أعلى المضيق العلوى . ولعمل هذه الطريقة يقف المولد على الجانب الأيمن للأم ، ثم يشبك أصابع يده اليسرى على كتفى الجنين ويُمْسِك قدميه بيده اليمنى كما هو موضح فى شكل ١٢١ ثم يجذب كتفي الجنين الي فوق ويبقيهما

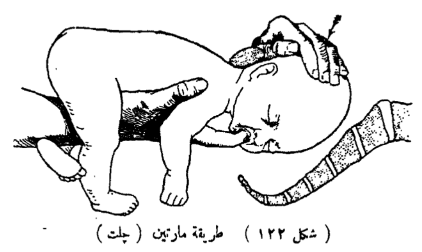
فى هذا الوضع الى أن يتخلص الرأس وذلك لحفظه منثنياً طول المدة . ثم يرفع قدمى الجنين بيده اليمنى فى اتجاه بطن الأم . وبهذه الحركة يدور الرأس حول المؤخر الذى يكون مرتكزاً خلف العانة وتتم ولادته .



(شكل ١٢١) طريقة براج المحسنة ، الاقواس تشير الى اتجاه الجذب (جلت)

(٢) **طريقة مارتين** — هذه الطريقة تُفْلح سواءكان الرأس فى الحوض أوفى أعلى المضيق العلوى. ولعملها تنام الوالدة على السرير ، طولها الى عرضه ، ثم يقف المولد أمامها ويضع ذراعه اليمنى تحت جسم الجنين ان كان الوجه متجهاً الى اليسار أواليسرى ان كان الوجه متجهاً الى اليمين ، كما هو موضح فى شكل ١٢٢ ثم يدس المقدار اللازم من يده داخل المهبل ويبحث عن الفم ويُدْخِل فيه أصبعان الى أقصى ما يمكن . والاحتياط الأخير نتخذه اتقاء لكسر الفك . وبواسطة الأصابع الموضوعة فى الفم نجعل القطر المقدم الخلفى للرأس شاغلاً للقطر المنحرف ، أو للقطر المستعرض ان كان الحوض مُفَرْطَحاً (ضيّقاً فى قطره المقدم الخلفى) ، ثم نجذب الراس الى الأسفل وهو فى حالة انثناء . اما اليد الأخرى فتوضع على قاع الرحم ويضغط بها على المؤخر فينثني ويتخلص الرأس .

طريقة سميلى — وتصلح لكل الأحوال، وهى أقوى الطرق المستعملة فى تخليص الرأس. ولعملها يوضع اصبعان فى الفم كما يفعل في طريقة مارتين، وتُشبَك اصابع اليد الأخرى على الكتفين كما يفعل فى طريقة براج. فالاصابع الموضوعة فى الفم تحفظ الراس فى حالة انثناء اثناء تخليصه، وجذب الكتفين بالأصابع الأخرى يحدث القوة اللازمة لتخليص الرأس. فاذا كان الرأس أعلى المضيق العلوى نجذب الى الوراء والأسفل أولاً أعنى فى اتجاه محور الحوض، ثم الى الأسفل فقط، وأخيراً الى الأمام، رافعين جسم الجنين الى الأعلى فى اتجاه بطن الأُم بواسطة الذراع الموضوعة تحته (انظر شكل ١٢٣).

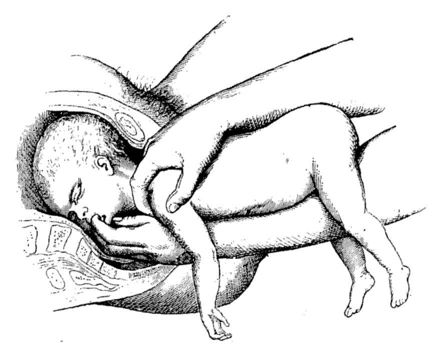


(شكل ١٢٢) طريقة مارتين (جلت)

أما فى الأحوال التى يدور فيها الوجه الى الامام فان كان الذقن في أسفل الارتفاق العانى يُجذَب جسم الجنين الى الوراء مباشرة فيتخلص الرأس. فان لم يتخلص يوضع أصبعان فى الفم ويجذب بهما. أما اذا كان الذقن مشتبكاً فوق الارتفاق العانى فَيُرْفَع جسم الجنين الى الأمام مباشرة فيتخلص المؤخر من العجان وتتلوه الجبهة فالوجه.

المضاعفات الممكن حصولها فى المجىء بالمقعدة — (١) الانفجار المعجل لجيب المياه. وذلك لان المقعدة لا تملأ الجزء السفلى للرحم فلا ينقطع الاتصال بين جيب المياه والسائل الأمنيوسى العام. (٢) انبساط الساقين

وهو أما أصلى يحصل قبل المخاض ، واما ثانوى يتسبب من وجود عائق يمنع انحشار المقعدة مع الأطراف. وفى كلتا الحالتين تطول الولادة لان ملاصقة الساقين للجذع تساعد على تقويم الظهر فيتعطل بذلك التقوس الطبيعى لظهر الجنين الذى يساعد على حفظ الرأس منثنياً. وكذلك تتعطل حركة الانثناء الجانبى وقت تخليص الجذع . (٣) انبساط احد الذراعين أو كلتيهما بجانب الرأس أو أمامه أو خلفه (٤) أن الكتفين أو الرأس لا تعمل حركة



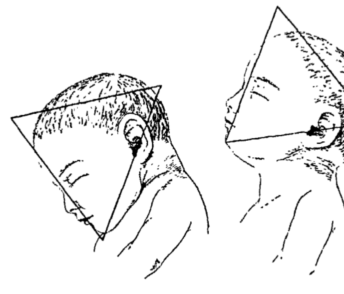
(شكل ١٢٥) طريقة سميلى

الدوران الداخلى بل تولد فى القطر المنحرف للمضيق السفلى فتعسر الولادة (٥) دوران الحدبة المؤخرية الى الوراء بدل دورانها الى الأمام

الانذار — تطول مدة الولادة وبالأخص عند بكرياتها فاذا اقتضت الحالة مداخلات يدوية يزداد الخطر على الأم بسبب ما يمكن حدوثه من التمزقات والتعفن .

أما الخطر على الجنين فشديد وقد يحدث من أسباب لا يمكن تلافيها

مثل (١) انضغاط الحبل السرى بين الرأس والحوض وقت تخليص الرأس . و (٢) محاولة الطفل أن يتنفس والرأس فى الحوض فيختنق من امتصاص السائل الأمنيوسى والمخاط (٣) تمزق خيمة المخيخ Tentorium cerebelli بسبب استطالة الأقطار الأفقية للرأس الناشئ عن الضغط الجانبى السريع الذى يتعرض له الرأس اذا جُذِب وقت الولادة من غير ان يعطى الوقت الكافى لتشكيله . (٤) وقد ينشأ من جذب الكتفين والاطراف ان تتمزق



(شكل ١٢٤)
يوضح شكل الرأس القمى وكيف تكون قاعدة القمع الى أسفل اذا كان الرأس منبسطا

(شكل ١٢٥)
يوضح كيف تصير قاعدة القمع الى الاعلى اذا كان الرأس منثنيا .

الالياف العضلية أو تتكسر العظام . ومما يزيد الخطر على الجنين أيضاً انه بسبب عدم انطباق الجزء السفلى للرحم على المقعدة يكثر الانفجار المعجَّل للجيب وسقوط الحبل السرى .

معالجة المضاعفات — متى ولد الجذع لغاية السرة قد يحاول المولد انهاء الولادة بسرعة بجذب الساقين. وذلك خطأ لانه يسبب تقويم العمود الفقرى فينبسط الرأس . وذلك لأنه يتمفصل بالعنق أقرب الى الحدبة المؤخرية منه

الى الجبهة . وخير من جذب الاطراف أن يضغط المولد على قاع الرحم وقت الطلق فان ذلك يساعد خروج الجذع وفى ذات الوقت يساعد الانثناء الطبيعى لظهر الجنين . ومتى نزل الجذع يلاحَظ أن الكتفين تدوران الى الأمام لتولدا فى القطر المقدم الخلفى للمضيق السفلى . وفى هذا الوقت يُمْسَك الطفل حذاء الحوض وليس حذاء الخصر خوفاً من اصابة الاحشاء بأذى .

أسباب عسر الولادة فى المجىء بالمقعدة — قد تتعسر الولادة : (١) فى تخليص المقعدة . و (٢) فى تخليص الذراعين . و (٣) فى تخليص الرأس .

(١) أما صعوبة ولادة المقعدة فقد تنشأ : (ا) من خمود الرحم . و (ب) من عدم تناسب حجم الجنين لحجم الحوض ، إما لضخامة الجنين أو لضيق الحوض . و (ج) من انبساط الساقين . وسيأتى الكلام على ذلك فى الفصل الخاص بالولادة العسرة .

وفى بكريات الولادة قد يكون ضيق المهبل سبباً فى طول الولادة ، وقد يُضطرَ المولِّد فى بعض هذه الأحوال الى توسيع المهبل بأن يدخل فيه ممدد شامپتيه دى ريب فارغاً ثم يملأه ويجذب الى الأسفل تدريجياً حتى يتسع المهبل فتسهل بذلك ولادة المقعدة ، وكذلك تخليص الذراعين والرأس فيما بعد .

(٢) أما عسر ولادة الرأس فقد ينشأ من كبر حجم الرأس أو من انبساطه ، أو من دوران الحدبة المؤخرية الى الوراء ، أو من ضيق الحوض . أما الصعوبة التى تنشأ بسبب انبساط الرأس فتتضح من مراجعة (شكلى ١٢٤ و ١٢٥) فان الرأس لو وُلد منثنياً يكوّن اسفيناً رأسه الى أسفل فيسهل انحشاره ، أما لو كان منبسطاً فانه يكوّن اسفيناً قاعدته الى أسفل فيصعب انحشاره . وفوق ذلك فان القطر الذى ينحشر به الرأس وهو منبسط هو القطر المؤخرى

الذقنى وطوله ٢٥و١١ سنتيمتراً عوضاً عن القطر التحت المؤخرى الجبهى وطوله عشرة سنتيمترات . فاذا وجدنا الرأس منبسطاً فالواجب أن يدار أولاً حتى يشغل قطره المؤخرى الجبهى القطر المنحرف للمضيق العلوي ، وبعد ذلك يُدْخل أصبعان فى فم الطفل ويُثْنَى الرأس ويُخلَّص بطريقة سميلّى . فان لم تنجح يوضع الجفت .

﴿ المجيء المستعرض ﴾

يطلق المجيء المستعرض على الأحوال التى يكون فيها الجنين آتياً بأى جزء من أجزائه ماعدا الرأس والمقعدة . وفى بعض الأحوال يكون الرأس شاغلاً لاحد جانبي الرحم والمقعدة للجانب الآخر ، ولكن فى أغلب الأحوال يكون الرأس شاغلاً لأحد المراقين والمقعدة للحفرة الحرقفية المقابلة أو العكس. وهو نادر الحصول يحصل فى ٥٦ر٠ فى المائة من الولادات .

أسبابه — كل الأسباب التى تغير الشكل الطبيعى للرحم والحوض وأهمها : — ضيق الحوض ، ارتخاء جدر الرحم ، الحمل التوأمى ، الاستسقاء الامنيوسى ، الاندغام المعيب للمشيمة ، أورام الرحم كالأورام الليفية مثلاً . وكذلك كل ما يغير شكل الجنين وحجمه يساعد على حدوث المجيء المستعرض كضخامة الجنين ، والأجنّة الصغيرة الحجم غير التامة المدة ، ، ووجود أورام فى جسم الجنين أو وجود أجنّة متلهوجة .

الأوضاع — يتميز للمجيء المستعرض أربعة أوضاع وهى : —

الوضع الأول — الظهر للأمام ، والرأس لليسار .

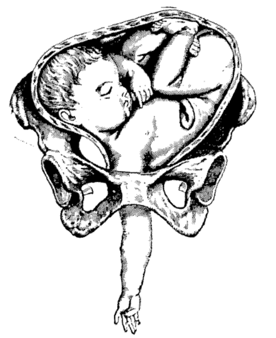
الوضع الثانى — الظهر للأمام ، والرأس لليمين .

الوضع الثالث — الظهر للوراء ، والرأس لليمين .

الوضع الرابع — الظهر للوراء والرأس لليسار .

والأوضاع التى يكون فيها الظهر للأمام هي الأكثر حصولاً .

التشخيص — بالجس البطنى يسهل تشخيص المجىء المستعرض لأننا فى أول الولادة نجد أن المضيق العلوى غير مشغول بأى جزء من أجزاء الجنين، ونجد الرأس شاغلاً لأحد جانبي الرحم والمقعدة للجانب الآخر . وبالجس المهبلى نجد الحوض خالياًفى أول الولادة، ونجد جيب المياه قمعى الشكل ويشتد بروزه أثناء الطلق. ومتى تقدم المخاض يمكننا الاحساس بالكتف أو بالاضلاع، فان لم يُعْدَل الوضع يسقط الذراع فى المهبل ويحدث ما يسمى بالمجىء بالكتف



(شكل ١٢٦) المجىء بالكتف المهمل (جلابين)

المُهْمَل (انظر شكل ١٢٦) . واذا أردنا تمييز الذراع الأيمن من الأيسر نتصور اننا نُصافحه ، فاذا تقابلت الراحتان والإبهامان فاليد هى اليمنى ان كنا صافحناه باليمنى، واليسرى ان صافحناه باليسرى . ومعرفة اتجاه ظهر الجنين ان كان للأمام أو للوراء ، وكذلك تعيين جانب الحوض المشغول بالرأس يساعدانا على تشخيص الوضع .

ميكانيكية الولادة -- المجيء المستعرض شديد الخطر على الأم والجنين ولذلك تجب المبادرة باصلاحه الا فى الأحوال التى تكون فيها الأجنة صغيرة الحجم جداً أو متعطنة ، فان هذه الأجنة قد تولد بدون مساعدة باحدى ثلاث طرق وهى : —

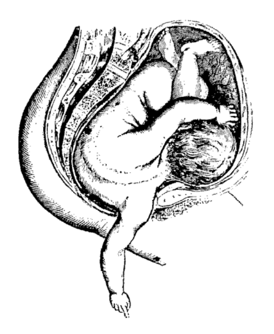
(١) التحويل الذاتى .

(٢) التخليص الذاتى

(٣) انثناء الجسم على نفسه .

(١) **التحويل الذاتى** - وكيفية حصوله انه من تأثير الطلق تترك الكتف الحوض وتحل محلها المقعدة أو الرأس . وفى هذه الأحوال تتم الولادة بسرعة .

(٢) **التخليص الذاتى** — وكيفية حصوله هى ان أحدى كتفى الجنين تحشر



(شكل ١٢٧) بداءة التخلص الذاتى (جلابين)

فى الحوض ، وتسقط ذراع هذه الكتف فى المهبل . ثم ترتكز الكتف تحت الارتفاق العانى وينثنى الظهر عليها انثناء حاداً ويتخلص من العجان تدريجياً

ثم تتبعه المقعدة فالأطراف السفلى. وأخيراً يولد الرأس والذراع الثانية (انظر أشكال ١٢٧و١٢٨و١٢٩)

(٣) **انثناء الجسم على ذاته** — وهو نادر الحدوث جداً ولا يحدث الا اذا كانت الأجنّة فى حالة متقدمة من التعطن أو كانت صغيرة الحجم جداً. وكيفية حدوثه هى أن الكتف التى يأتى بها الجنين تنحشر فى الحوض ويتبعها الرأس مع سائر الجسم. أى ان الرأس والجذع يتخلصان معاً كما هو موضح فى (شكل ١٣٠).

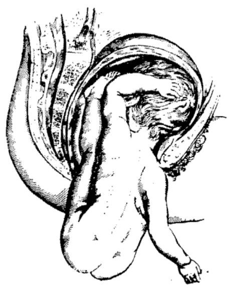
المعالجة — يعالَج المجيء المستعرض باحدى أربع طرق : —

(١) المعالجة باتخاذ وضع مخصوص.

(٢) التحويل الرأسى الخارجى.

(٣) التحويل القدمى الباطنى.

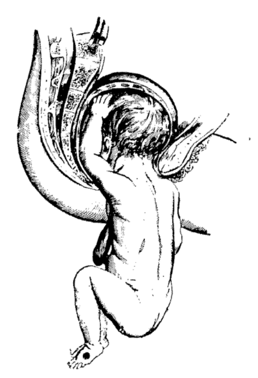
(٤) تقطيع الجنين.



(شكل ١٢٨) تقدم التخليص الذاتى (جلابين)

المعالجة باتخاذ وضع مخصوص — وتنجح فى الأحوال التى يوجد فيها انحراف قليل فى وضع الجنين. ويشترط لنجاحها الاّ يكون جيب المياه متمزقاً ،

والاّ يكون أحد الأطراف ساقطاً . أما النظرية التى تستند اليها هذه الطريقة فهى انه اذا اضّجعت الوالدة على احد جانبيها فان الرحم يهبط الى هذا الجانب ، حاملاً معه جزء الجنين الذى يكون فيه . وهبوط ذلك الجزء من الجنين يستلزم ارتفاع الجزء المقابل له . وعلى ذلك فاذا كان الرأس فى احدى الحفرتين الحرقفيتين واضّجعت الوالدة على الجهة التى بها الرأس ، فان قاع الرحم يهبط الى هذه الجهة حاملاً معه المقعدة ، فيرتفع الرأس الى الجهة المقابلة اعنى ينعدل وضع الجنين .

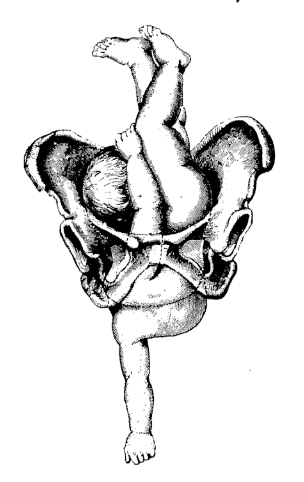


(شكل ١٢٩) انهاء التخلص الذاتى (جلابين)

التحويل الرأسى الخارجى - لما كان من المستحيل فى الأحوال الطبيعية أن يولد الجنين بجذعه فالواجب تحويل المجىء المستعرض الى مجىء بالرأس أو بالمقعدة اذا أمكن ذلك . واذا اكتشف هذا المجىء المعيب فى الأسابيع الأخيرة للحمل فالواجب عمل التحويل الرأسى ، ولو أنه كثيراً ما يعود المجىء الى حالته الأصلية لكون الأسباب التى تحدثه لم تزل باقية . ومما يساعد على

بقاء الجنين فى وضع حميد أن يربط البطن برباطتين ويعاد الفحص كل يومين ويصلح المجىء ان وجد معيباً. ومتى بدأ المخاض يعاد الفحص ويعدل المجىء بالحركات الخارجية إما الى مجىء بالرأس أو بالمقعدة. فان عاد المجىء الى حالته الأصلية يعمل التحويل القدمى الخارجى ويفجر الجيب وتُخْرَج قدم من العنق. وعمل ذلك سهل اذا كان العنق يسع أصبعين.

التحويل القدمى الباطنى — أما اذا كان الجيب منفجراً فالتحويل الخارجى مستحيل. ويكثر أن تُضاعَف هذه الحالة بسقوط الحبل السرى.
أما العلاج فيختلف بحسب درجة تمدد العنق : -



(شكل ١٣٠) انثناء الجسم على نفسه (جلابين)

فاذا كان العنق يسع أصبعين (¼ تمدد) تُبَنَّج الوالدة ويُرَدُّ الحبل السرى ان كان ساقطاً وكذلك الذراع. ثم يُدْخَل ممدد شامپيتيه دى ريب فى الرحم

ويملأ ثم يجذب ببطء الى أن يتمدد العنق تمدداً كافياً . وبعد ذلك يُخْرَج الكيس ويُعْمَل التحويل القدمى الباطنى .

أما اذا وجد العنق متمدداً نصف تمدد أى يسع دخول اليد ، فيعمل التحويل الباطنى وتُخرَج قدم من العنق وتترك الولادة للطبيعة ما لم تنشأ عوارض تستدعى سرعة انهائها .

أما اذا لم تُرَ الوالدة الاّ بعد تصريف السائل الامنيوسى كله وانكماش الرحم على الجنين ، فمن الخطر جداً عمل التحويل لأن ادخال اليد فى الرحم يسبب تمزقه الاّ اذا كان المولّد متمرناً جِدّ التمرن على التحويل .

ويشترط لعمل التحويل الباطنى : (١) أن يوجد قدر كاف من السائل الأمنيوسى فى الرحم يسمح باجراء التحويل . و(٢) ألاّ يكون الرحم فى حالة تشنُّج مستمر بل ينقبض ويرتخى فى الفترة بين الطلقات . و (٣) ان القسم السفلى للرحم لا يكون قد تمدد تمدداً يجعل حلقة الانكماش ترتفع ٤ سنتيمترات فوق العانة .

تقطيع الجنين - يعمل فى أحوال المجىء بالكتف المهمل اذا وجدت الامور الآتية : —

(١) اذا ارتفعت حلقة الانكماش اكثر من ٦ سنتيمترات فوق العانة.

(٢) اذا لم يمكن عمل التحويل القدمي الباطنى .

(٣) اذا كان الجنين ميتاً ووجدت صعوبة فى عمل التحويل الباطنى .

وأحسن طريقة لتقطيع الجنين هى بتر العنق . فاذا لم نستطع الوصول للعنق تقطع الاحشاء كما سيذكر فيما بعد .

الانذار — يموت من الأجنة ٣٣ فى المائة ، ومن الامهات ٥٫٥ فى المائة .

الفصل الثالث عشر

« الحمل التوأمى »

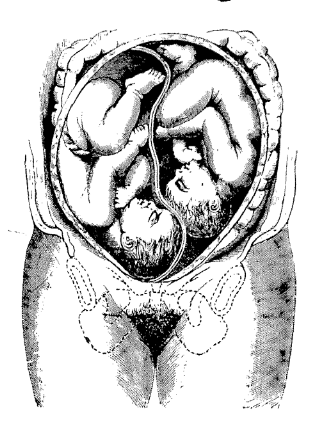
ويطلق على الأحوال التى يشتمل فيها الرحم على جنينين أو أكثر. والحمل التوأمى يحصل بواحدة من ثلاث طرق : الأولى ان تُخْصَب بويضة ذات نواتين ، والثانية ان بويضتين تُخْصبان فى وقت واحد. والثالثة ان بقعة جرثومية واحدة تنقسم الى عَلَقَتين . ففى الحالة الأولى يكون الجنينان من جنس واحد، ويكون لهما مشيمة واحدة وسلى واحد وامنيوسان . أما فى الحالة الثانية فقد يكون الجنينان متوافقين فى الجنس أو لا يكونا . ويكون لهما مشيمتان وغشاآن سلائيان وامنيوسان، ولكن قد يحصل فى بعض الأحيان أن المشيمتين تمتزجان فتظهران كأنهما مشيمة واحدة ولكنّ الغشائين السلائيين يكونان منفصلين أحدهما عن الآخر دائماً . وفى الحالة الثالثة تكون للجنينين مشيمة واحدة وسلى واحد وأمنيوس واحد .

كثرة وقوعه — يحدث الحمل التوأمى بجنينين مرة فى كل ٨٨ ولادة ، وبثلاثة أجنة مرة فى كل ٧٨٢٠ ولادة ، وباربعة أجنة مرة فى كل ٤٠٠٠٠٠ ولادة . وقد شوهدت أحوال حدث فيها حمل توأمى بخمسة أو ستة أجنة وهذا نادر جداً .

التشخيص — بالجس البطنى يمكن الاحساس برأسين ومقعدتين وأكثر من أربعة أطراف اذا لم تكن الأجنّة متلهوجة . ويمكن تشخيص الحمل التوأمى بالتسمع اذا تسمع اثنان ضربات قلب الجنين فى وقت واحد . فان كان الحمل توأميا فان ضربات قلبي الجنينين لا تتزامن بعضها مع بعض .

أنواع المجيء — المجيء المعيب أكثر حدوثاً فى الحمل التوأمى منه فى

الحمل العادى . ويسمى المجيء حميداً فى الحمل التوأمى اذا كان الجنينان آتيين برأسيهما. أما المجيء المعيب فهو الذى يكون فيه احدهما آتياً بالرأس والآخر بالمقعدة ، أو كلاهما بالمقعدة ، أو كلاهما بالجذع ، أو واحد بالجذع والآخر بالمقعدة ، أو واحد بالجذع والآخر بالرأس .

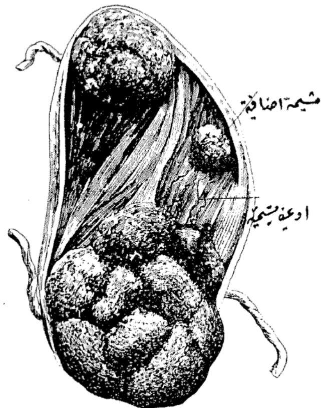


(شكل ١٣١) الحمل التوأمى (الوضع الحميد)

والميكانيكية العادية للولادة فى الحمل التوأمى هى ان يولد احد الجنينين اولاً ثم يولد الجنين الثانى ، ثم مشيمة الأول فمشيمة الثانى . وفى احوال قليلة يولد الجنين الأول وتتبعه مشيمته ، ثم الجنين الثانى فمشيمته .

تشخيص المعالجة — نشخص وضع الجنين الأول ، وفى الغالب يكون مجيئه بالرأس أو بالمقعدة ، ثم لا نفعل شيئاً الى أن تتم ولادته طبيعياً . وبعد ذلك نشخص وضع الجنين الثانى فان كان معيباً نصلحه وننتظر ولادته طبيعياً. فاذا لم تتمزق الأغشية بعد ولادة الاول بنصف ساعة نمزقها صناعياً اتقاء

لتأخر ولادة الجنين الثانى جملة ساعات وربما جملة أيام . وسبب هذا التأخر هو أن الأجنة فى الحمل التوأمى تكون غير تامة المـدة فمتى ولد احدها قد لا يكون حجم الثانى كافياً لتهييج جدر الرحم . حتى انه قد ذكرت بعض أحوال تأخرت فيها ولادة الجنين الثانى اكثر من اسبوعين بعد ولادة الجنين الأول . وقد دعا ذلك بعض المولدين أن يشيروا فى الأحوال التى تولد فيها



(شكل ١٣٢) مشيمة لثلاثة أجنة نامية من بويضتين
ويوضح ايضا وجود مشيمة اضافية (ليباج)

مشيمة الجنين الأول بعد ولادته مباشرة بأن تربط بطن الأُم بحزام بطنى وتؤمر بالراحة التامة على أمل أن يتأخر ولادة الجنين الثانى حتى تتم مدته ان كان ناقص المدة .

اما الغرض من عدم تمزيق أغشية الجنين الثانى الآ بعد ولادة الأول

بنصف ساعة فهوان يعطى الرحم وقتاً كافياً للراحة ، حتى يقل الخطر من حدوث النزف الخمودى بعد الولادة .

الانذار — الحمل التوأمى أخطر على الأم من الحمل العادى بقليل . ولكن الانذار فيه بالنسبة للأجنة يختلف بحسب الوضع ان كان حميداً أو معيباً. ولما كانت الاجنة فى الحمل التوأمى غير تامة المدة غالباً ، ولكون المسالك التناسلية تكون متمددة تمدداً جيداً اثناء ولادة الجنين الثانى لذلك يكون الخطر فى الاوضاع المعيبة فى الحمل التوأمى اقل بكثير من خطر الاوضاع المعيبة فى الحمل العادى . غير انه بالنسبة لولادة الأجنة فى الحمل التوأمى قبل تمام مدتها غالباً فهى كثيراً ما تموت فى الشهر الأول لولادتها .

سير الولادة — يكثر أن يضاعف الحمل التوأمى بالاستسقاء الامنيوسى، والانفجار المبكر لجيب المياه ، وسقوط الحبل السرى ، أو سقوط أحد الأطراف ، وبالخمود الرحمى ، وبالمجىء المعيب . ويغلب أن تطول مدة الولادة بسبب ازدياد تمدد الرحم .

المضاعفات — تتعسر الولادة فى الحمل التوأمى من أحد ثلاثة أسباب وهى:

(١) اذا انحشر رأسان صغيرا الحجم جداً فى الحوض معاً فى وقت واحد فيتعطل الدوران وتستحيل الولادة بدون مساعدة . والمعالجة فى هذه الأحوال تنحصر فى دفع أحد الرأسين الى فوق . فان لم تنجح فى ذلك نضع الجفت . ويندر أن نضطر الى عمل التفتيت .

(٢) اذا كان الجنينان آتيين برأسيهما وابتدأ انحشار رأس الأول، وقبل أن يتم انحشاره اندفع رأس الجنين الثانى على عنق الأوّل ومنعه عن تكميل الانحشار . والمعالجة هي أن ندفع رأس الجنين الثاني الى الأعلى ثم نخلّص رأس الأول بالجفت .

(٣) اذا كان الجنين الأول آتياً بالمقعدة والثانى بالرأس، وولِدَت مقعدة الأول، وقبل أن ينحشر رأسه في الحوض يدخل رأس الجنين الثانى قبله بحيث تشتبك ذقنه بذقن الجنين الأول. (انظر شكل ١٣٣).



(شكل ١٣٣) اشتباك الرأسين (جلابين)

أما المعالجة فى هذه الأحوال فتنحصر فى محاولة دفع رأس الجنين الثانى الى فوق، فان لم يمكن عمل ذلك نحاول تخليصه بالجفت من خلف الجنين الأول. فاذا لم تنجح فى ذلك، أو اذا كان الجنين الأول ميتاً نقطع رأسه وندفعه الى الأعلى ونخلص الجنين الثانى بالجفت. وفى كل الأحوال التى نصمم فيها على بتر العنق أو عمل التفتيت يُنتخب الجنين الأول لأنه اذا تعسرت ولادته بهذه الكيفية يكون غالباً ميتاً.

الفصل الرابع عشر

﴿ بعض أمراض الحمل ﴾

قىء الصباح — قىء الصباح يصيب الحوامل عادة بين الشهر الأول والرابع للحمل . ويوجد منه نوعان : نوع خفيف ونوع شديد .

المعالجة — يكفى فى علاج الأحوال الخفيفة أن تؤمر الوالدة أن تجعل فطورها مقصوراً على الشاى والخبز المحمّر (المقمّر) ، وأن تلاحظ أن امعاءها تحرك بانتظام كل يوم مرة . فاذا لم يقف القىء تمنع من تعاطى الأغذية الصلبة ، ويجعل طعامها مقصوراً على اللبن وتُعطى المزيج الآتى : —

بيكاربونات الصودا	١٫٠٠ جرام
روح النوشادر العطرى	١٫٠٠ جرام
شراب النارنج	٢٫٠٠ جرام
منقوع الجنطيانا لغاية	٢٥٫٠٠ جرام

يعطى هذا المقدار ٣ مرات يومياً قبل الأكل بنصف ساعة . فان لم يقف القىء تُعْطَى ١٫٥ جرام اوكسيكربونات البزموت مُعَلقة فى مقدار كاف من مسحوق صمغ الكثيراء المركب .

فاذا اشتد القىء ولم يتحسن باتباع الطرق السابقة فالأفضل عمل فحص مهبلى لأنه قد يكون متسبباً عن تقرّحات العنق أو وجود ميل أو انثناء غير طبيعى فى وضع الرحم .

دوالى الاطراف — وتحصل غالباً عند متكررات الولادة . وتعالج بربط الأطراف من أسفل الى أعلى برباط من الكريب (crêpe) .

الحكة الفرجية — مرض كثير الحدوث مدة الحمل ويتسبب غالباً من

ازدياد الافرازات المهبلية ، وقد يكون عَرَضاً من أعراض التسممات الامتصاصية للحمل. وبعض الأحوال تتسبب من بطء سير الدم فى الأوردة أو من وجود بواسير ملتهبة .

العلاج — اذا كان الافراز المهبلى غزيراً وحرّيفاً يُدهن الفرج بمرهم الريزينول لمنع الافرازات عن ملامسته ، فاذا لم يكف ذلك وكان التهيج الجلدى الناشئ عنه غير محتمل يجوز أن تعمل زروقات مهبلية بمحلول كلورور الزنك واحد الى ٤٠٠٠ ويلاحظ أن لا يرتفع الزارق اكثر من عشرة سنتيمترات عن حذاء الحوض ، وأن يكون ماء الزرق (الدوش) فاتراً .

وأحسن طريقة لإزالة الحكة هى أن تجلس المريضة القرفصاء وتضع أمام قدميها صحفة ملآى بماء ساخن جداً فى درجة ٥٠ اذا احتملته أو أقل أو اكثر بحسب درجة احتمالها . ثم تنثر الماء على الفرج بسرعة مدة ٥ دقائق ثم تجفف الفرج . فاذا بقى بعض من التهيج يدهن الفرج بمرهم الريزينول . وفى بعض الأحوال الثقيلة أُسَلِّطُ على الفرج تياراً من الهواء الساخن من جهاز معدّ لذلك مدة ٥ دقائق . وفى عدد كبير جداً من المرضى شاهدت شفاءً سريعاً .

ويجب أن ينبه على المصابات بضرورة الانقطاع عن أكل التوابل والأطعمة الحرّيفة .

آلام الاسنان — ان وجد تسوس فى الأسنان يستدعى قلعها فالأفضل عمل ذلك فى بداءة الحمل . أما اذا حصل تسوس بعد تقدم الحمل فتفعل المعالجة المسكنة فقط وينتظر الى ما بعد الولادة .

النفرالجيا — هى آلام عصبية . وتعالج بالوضعيات الساخنة والمروخ الكافورى ، ولا يجوز تعاطى الكينين أو الفيناستين أو الانتيپرين لأنها قد تحرض الاجهاض وتستعاض بالبرومور أو بالكلورال .

﴿ الأمراض العمومية التي تصيب الحوامل ﴾

الزهرى — هو أهم أسباب الاجهاض والاسقاط والولادة المعجلة، وموت الأجنة فى بطون امهاتها.

والاصابة ان كانت حديثة العهد تسبب وفاة الجنين فى شهور الحمل الاولى. وان كانت قديمة العهد فقد لا تسبب وفاته الا فى الأشهر الأخيرة للحمل. وقد ينجو أحد الأجنة فيولد سليماً، وتولد الأجنة التى تأتى بعده ميتة. وينتقل الزهرى الى الجنين أما من دم الأُم ان كانت هى المصابة، أو من مَنِيِّ الرجل ان كان هو المصاب.

أما كيفية وصول سبيروكيت الزهرى (مكروبه) بواسطة المنى فغير معروفة تماماً، لأن حجم السبيروكيت لا يقل عن حجم رأس الحيوان المنوى. ويظن البعض أن لمكروب الزهرى تطورات يكون فيها على شكل حبيبات صغيرة تمو فيما بعد الى سبيروكيت، وأن عدوى الجنين من الأب تكون بواسطة هذه الحبيبات. وكان يظن بانه قد يصاب الجنين من الأب المصاب بالزهرى ولا تنتقل العدوى الى الأُم، وأن الأُم قد ترضع طفلها المصاب بالزهرى الوراثى ولا تنتقل لها العدوى، مع انه يعدى غيرها لو ارضعته، ولكن ثبت الآن أن ذلك غير مضطرد الصحة فان الأُم التى لا تظهر عليها علامات الزهرى قد يفحص دمها بتفاعل واسرمان وتكون النتيجة ايجابية

أما التغيرات التى تظهر عند تشريح الأطفال التى تولد ميتة بسبب الزهرى فهى ان الغضاريف الموجودة فى محالّ اتصال العظام الطويلة والأضلاع بأطرافها، لا تكون على شكل خط رقيق منتظم وأزرق اللون سمكه نصف

مليمتر كما هو الحال فى الأحوال الطبيعية ، بل يكون خطاً سميكاً متعرجاً أصفر اللون سُمْكه مليمتران ونصف .

ونجد الكبد والطحال متضخمين . ويكون نسيجهما صلباً عند قطعه واكثر شفافية منه فى الحالة الطبيعية .

أما الأجنة المزهورة التى تولد حية فتكون صغيرة الحجم . ويكون جلد راحة اليدين وأخمص القدمين كثيفاً وقد تتغطى يدا الجنين وقدماه بالفقاعات، وتظهر بقع حمراء داكنة حول الاليتين .

وفى الأحوال المشتبهة يمكن سحب مقدار من الدم من الحبل السرى قبل ربطه ، ثم يفحص بتفاعل واسرمان . وقد يمكن أيضاً العثور على سپيروكيت الزهرى فى المشيمة أو فى أحشاء الجنين . أما المشيمة الزهرية فأكبر ولونها أبهت من الطبيعى ، وملمسها دهنى ونسيجها رخو سهل التفتت ، واذا عُوِّمت بعض القطع السلائية فى الماء نجد الخمل السلائى متضخماً ، واذا عمل منها قطاع مكروسكوبى نجدها مرتشحة بخلايا صغيرة مستديرة ، ونجد الأوعية منسدة وقد يمكن العثور على سپيروكيت الزهرى عند الفحص الدقيق .

اذا شُكّ فى أن الأم أو الأب مصاب بالزهرى فيجب الابتداء حالاً بالعلاج بالزئبق ، وفى شهور الحمل الأخيرة يكون العلاج بالزئبق ويودور البوتاسيوم أو بالسلفرسان أولاً ثم بالزئبق .

ويجب الاعتماد على تفاعل واسرمان للأم والأب كليهما فى الأحوال التى يستدل من تاريخها على حدوث اجهاض مرتين أو أكثر أو وفاة الجنين فى الرحم .

وعند طلب فحص الدم يجب تفهيم الوالدين أن النتيجة الايجابية ليست دليلاً على أن صاحبها مصاب بالزهرى أو انه كان مصاباً به قبلاً ، بل قد تكون

الاصابة وراثية من الوالدين أو الجدّين ، والاّ تعرضنا لمشاكل لا نهاية لها اذا ثبت ان التفاعل موجب فى احد الزوجين وسالب فى الآخر. ويحسن فحص دم كل منهما بدون علم الآخر .

﴿ السيلان ﴾

اذا اصيبت الحامل بالسيلان يجب الاهتمام بعلاجه وشفائه تماماً قبل الوضع ، لئلا تصل مكروباته الى عينى الجنين فى أثناء ولادته فيصاب بالرمد الصديدى ، أو الى الرحم والبوقين فتسبب نوعاً من أنواع الحمى النُفاسية .

العلاج — يوصف للمريضة زروقات مهبلية تعمل ٣ مرات يومياً مع ملاحظة أن لا تزيد حرارة السائل عن ٣٨° س وأن لا يُرفع الزارق اكثر من عشرين سنتيمتراً فوق مستوى الحوض. وأحسن المطهرات التى تضاف للسائل فى هذه الظروف هى فوق منجنات البوتاسا بنسبة ١ الى ١٥٠٠ .

أو كلورور زنك ٢٥ر٠٠ جرام
ماء مقطر ٥٠٠ر٠٠ جرام
توضع ملعقة بن فى لتر ماء للغسيل .

واذا لم ينجح ذلك يُمَسّ عنق الرحم والمهبل بمحلول نترات الفضة بنسبة ١٠ الى ١٥ فى المائة ، ويجب العناية بمس الردوب المهبلية . ويكرَّر ذلك مرة فى كل اسبوع .

﴿ الدرن الرئوى ﴾

اذا لم تكن الاصابة بالدرن الرئوى متقدمة فقد تحمل المصابة متاعب حملاً أو حملين بلا ضرر كبير. وغالباً تتحسن صحتها مدة الحمل ولكنها تسوء بسرعة بعد الولادة. فالواجب التنبيه عليها بعمل الوسائل اللازمة لمنع تكرار الحمل. ولا

يجوز لها ارضاع طفلها. وفى بعض الأحوال يقتضى الأمر تحريض الاجهاض. ولا يجوز عمل ذلك الا بعد الاستشارة مع طبيب آخر .

واذا طالت مدة الدور الثانى للولادة فالواجب المساعدة بالجفت .

﴿ أمراض القلب ﴾

النقطة التى تهم المولد هى معرفة ماذا كانت الحامل ستقوى على حمل الجنين الى نهاية المدة بلا خطر على حياتها أو لا . وقد وضع السر جمس ماكنزى بعض قواعد يحسن الاسترشاد بها وهى تتلخص فيما يأتى :

ان وجود مرض فى القلب ، لا يظهر أثره الا فى اكتشاف نفخ عند التسمع ، لا أهمية له فى ذاته . وانما الأهمية كلها فى اصطحاب ذلك بحدوث ضيق فى التنفس أو خفقان عند عمل مجهود . وفى هذه الحالة لا تقاس خطورة الحالة بارتفاع صوت النفخ بل بدرجة المجهود الذى يحدث ضيق التنفس .

الاحوال التى يجب فيها منع الحمل — يشار بمنع الحمل اذا ظهرت أعراض عجز فى القلب . وفى أول الأمر لا تظهر هذه الأعراض ما دامت المريضة مرتاحة ، ولكنها لو عملت مجهوداً لم يكن يتعبها قبلاً واعتراها ضيق التنفس والخفقان ، يكون هذا دليلاً على ابتداء عجز القلب .

وأخطر أمراض القلب طرًّا ضيق الصمامات . وأشد مايكون خطر الحمل فيها اذا كانت نوبة الروماتزم التى سببته حديثة . فان ندب التحام الصمامات الملتهبة تكون سائرة فى سبيل الانكماش تدريجياً . ويكون القلب ضعيفاً وغالباً متمدداً وفى هذه الأحوال تظهر الغاط (نفخ) وقت انبساط القلب وقُبَيْل انقباضه ، فاذا زاد على ذلك ايضاً اختلاج أُذَيْنة القلب يمنع الحمل بتاتاً . وان لم يكتشف ذلك الاّ بعد الحمل تراقب الحالة ، فان ظهرت أعراض عجز فى القلب تحرّض الولادة .

أما فى أمراض الأورطى فان كان حجم القلب طبيعياً ولا يَحْدُث ضيق فى التنفس عند عمل مجهود فلا خطر من الحمل . أما اذا كان البطين متضخماً وكان النبض شبيهاً بالمطرقة المائية فالحمل خطر .

الاحوال التى يجوز فيها حدوث الحمل — المصابات بمرض فى القلب غير مصحوب بأعراض عدم الكفاية، وصاحبات القلب المتهيج، سواء كان سبب تهيجه عصبياً أو ناشئاً من تسممات امتصاصية ، لا خوف من حدوث الحمل عندهن ولو اصطحب مرض القلب بنفخ. وكذلك أمراض الأورطى التى لا تصطحب بتضخم فى البطين .

الاحوال التى يحرض فيها الاجهاض أو الولادة المعجلة — اذا حملت امرأة مصابة بمرض فى القلب سواء كان تمدداً أو ضيقاً فى الصمامات ، فلا يصح التداخل لانهاء الحمل الاّ اذا ظهرت علامات عجز القلب .

فان لم تظهر هذه العلامات فلا تُحَرّض الولادة . و يسمح للمريضة بالرياضة المعتدلة اذا كانت لا تحدث ضيقاً فى التنفس .

أما اذا ظهرت علامات عدم الكفاية فيجب فحص المريضة اسبوعياً لمراقبة ظهور أيديما الرئتين وعلامات عجز القلب . فاذا ظهرت قراقر فى قاع الرئتين ولم تحسن بالعلاج فهى دليل على ابتداء عجز القلب عن العمل . ويصطحب ذلك عادة بضيق التنفس عند عمل أى مجهود . فاذا حدث ذلك تلازم المريضة فراشها و تنقطع عن عمل اى مجهود . وتُشَجَّع على الاضّجاع نصف جالسة ، ويوضع خلف ظهرها وحولها وسادات .

فاذا توصل الطبيب الى اتقاء حدوث عجز القلب فمن الممكن ان يُتْرَك الحمل الى أن يصل الى تمامه . ويكثر فى هذه الأحوال حدوث الولادة المعجّلة الذاتية فى الشهر السابع . فاذا دنا المخاض وابتدأ الطلق القاذف يعطى للمريضة

قليل من الكلوروفورم لمنعها عن الحزق لأنهُ ينهك القلب. ومتى اتسع العنق تنهى الولادة بالجفت.

دلائل عجز القلب — أولها حدوث الخفقان وضيق التنفس عند عمل مجهود لم يكن يتعب المريضة قبلاً. ويتبع ذلك تغير فى النبض فلا تصل ضربات القلب كلها بل يتأخر وصول بعضها فلا يظهر له اثر فى النبض، فيكون عدد ضربات القلب اكثر بكثير من عدد النبضات. والأحوال المتقدمة تصطحب بارتشاح عام وتضخم فى الكبد وارتشاح فى قاع الرئتين وازرقاق الوجه والأطراف. ويصطحب أيضاً باختلاج أُذَيْنة القلب.

﴿ البول السكرى ﴾

اذا ظهر السكر فى بول الحوامل فالواجب التمييز بين الجلوكوز واللاكتوز. لأن وجود اللاكتوز فى بول الحوامل كثير الحدوث وعديم الضرر لانه ينشأ من امتصاص اللبن من الثدى. أما وجود الجلوكوز فدليل على اصابة الحامل بالبول السكرى. وفى هذه الحالة يجب اتباع الاصول المرعية فى علاج البول السكرى مثل الامتناع عن الأطعمة السكرية والنشوية. وكثيراً ما يكون البول السكرى سبباً فى وفاة الجنين فى الرحم وفى الولادة المعجلة، وفوق ذلك فهو يجعل الحامل اكثر عرضة للنزف بعد الولادة وللاصابة بالحمى النفاسية.

﴿ الأمراض المعدية ﴾

اذا مرضت الحامل باحدى الحميات المُعْدية واشتدت الحمى فالغالب أن يحدث الاجهاض أو الاسقاط أو الولادة المعجلة. ومن الجائز أن تنتقل العدوى الى الطفل فى الحمى التيفودية والجدرى وغيرهما من الأمراض. وفى الأحوال التى تنتهى بالاجهاض أو التى تحدث فيها الولادة فى أثناء الحمى تجب العناية التامة

بالتعقيم لشدة تعرض الحامل للاصابة بالحمى النفاسية . فاذا طالت مدة الولادة فالواجب المساعدة على انهائها وذلك لان قوى الوالدة تكون منحطة .

﴿ التهاب كؤوس الكلى فى الحمل (Pyelitis) ﴾

كثيراً ما تلتهب كؤوس الكلى مدة الحمل بسبب الاصابة بالباشلس القاولونى .

ويبدأ المرض فجاءة بألم فى القطَن، وغضاضة عند الضغط، مع ارتفاع فى الحرارة. ويكون البول قلوياً ويحتوى على صديد. ويمكن الحصول منه على زرع نقى من الباشلس القاولونى .

العلاج — يعطى للمريضة المطهّرات البولية مثل السيستوپيورين وهو مركب من اليوروتروبين وخلات الصودا الحمضى . ويمتاز عن اليوروتروبين بأنه لا يهيج الكلى . وتؤمر المريضة بملازمة الفراش، ويقصر طعامها على اللبن وتعطى لها المسهلات. وتغسل المثانة بالكينوزول بنسبة واحد فى الألف. فان لم تتحسن الحالة يعمل لها لقاح من المكروب الذى يوجد فى البول .

وفى بعض الأحوال تسوء الحالة لدرجة تستوجب اخلاء الرحم . وفى هذه الحالة يجب الاحتراس من وصول نقط من البول الى المهبل ومنها الى الرحم فتسبب الحمى النفاسية .

﴿ تسممات الدم الامتصاصية عند الحوامل وما ينشأ عنها من الأمراض ﴾

لم يعد شكٌّ فى أن الحوامل أشد من غيرهن عرضة للتسممات الامتصاصية (توكسيميا) . والسبب فى ذلك على الأرجح هو اضطرار الأم لتعاطى مقدار من الغذاء أكثر مما تتعاطى عادة ليقوم بتغذيتها وتغذية الجنين الذى فى أحشائها، فيعجز كبدها عن تمثيل الأغذية تمثيلاً تاماً، وتعجز الكليتان والأمعاء

عن تصريف الفضلات التى تتخلف عن الغذاء، فينبنى عن ذلك امتصاصها فى الدم وحدوث التسمم الامتصاصى. ويظهر أيضاً أن قطعاً تنفصل من الحمل السلائى الذى يعوم فى الجيوب الوعائية للرحم، وتسبح فى دم الأم وتصل الى الدورة العامة بل والى الرئتين . فان تكوّن فى الدم مواد مضادة لها أفسدت تأثيرها الضار فلا تحدث أعراض تسممية. وأن عجز الجسم عن ذلك ظهرت أعراض التسمم .

وينشأ من وجود هذه السموم أعراض متنوعة مثل قىء الصباح ، والتلعب ، والوحم ، وأمراض كثيرة مثل الصداع ، والقىء المستعصى، والبول الزلالى، والأكلمسيا والحكّة الجلدية والضمور الكبدى الحاد الأصفر والانزفة التى تنزل من الرحم. وتصطحب أغلب هذه الامراض باعراض متشابهة تدل على أن منشأها كلها واحد : كالدوخان والصداع وتقاص العضلات والطعم المعدنى فى الفم، والارتخاء ، والحكة الجلدية ، وفقدان الشهية والتهوع، وظهور أشعة من الضوء امام الأعين وضعف الذاكرة والارتعاش والأرق والميلانخوليا. وهذه الأعراض تظهر أيضاً فى تسممات الدم التى تصيب غير الحوامل كما أنها تحصل فى التسمم البولى (يوريميا) والبول السكرى والتسمم بالفوسفور.

والرأى السائد الآن هو أن تسممات الدم فى أثناء الحمل تنشأ عن احتباس مواد زلالية فى الدورة . ومما يؤيد ذلك أننا اذا عالجنا المريضة بمنعها عن الأغذية الصلبة الأزوتية وساعدنا أجهزتها المفرزة على تأدية عملها باعطاء المسهلات والاكثار من السوائل، فان أغلب الاضطرابات الناشئة عن تسمم الدم تشفى ان كانت خفيفة ، وتحسن كثيراً ان كانت ثقيلة .

ومن الوجهة الباتولوجية نجد أن التغييرات التى تحدثها هذه التسممات مهما اختلف نوعها، شديدة الشبه بعضها ببعض . فالكبد تكون مركزاً

للالتهاب الحاد المصحوب بالتورم والاستحالة الحبيبية للخلايا مع وجود نقط مائتة تحت غلافه. والكلى تحتقن احتقاناً حاداً أو تلتهب فى كثير من الأحوال. ويصاب المخ والطحال والاعضاء الأخرى بالالتهـاب بدرجات متفاوتة. وكذلك تنقص قلوية الدم ويزيد مقدار الأزوت المنفرز كنوشادر، ويقل مقداره المنفرز فى المواد المعادلة للبولينا. ومن هذا يرى أن تسممات الحمل ترتبط كثيراً بالتسممات الحامضة الباتولوجية التى تحدث فى الجوع وفى الحميات والبول السكرى والأمراض المعدية المعوية الشديدة وفقر الدم وغير ذلك.

وتشترك تسممات الحمل كلها فى أمر آخر وهو امكان درئها أو تخفيف وطأتها كثيراً بمراعاة طرق حفظ الصحة مدة الحمل وبالالتفات الى الغذاء والنوم والنزهة فى الهواء الطلق واطلاق الامعاء وملاحظة الكليتين.

﴿ الصداع الشديد ﴾

الصداع الشديد ولا سيما المصحوب بالأرق، اذا لم يسببه مرض فى المخ فهو من علامات تسمم الدم.

ويعالج بانقاص الأغذية الازوتية (كاللحوم) وبتعاطى المسهلات، وبالحمامات اليومية والرياضة المعتدلة، وبشرب مقادير كبيرة من الماء يومياً.

﴿ القىء المستعصى ﴾

يحدث قىء الصباح عند الحوامل عادة من الأسبوع السادس الى نهاية الشهر الرابع للحمل. ولكنه فى بعض الأحوال قد يستمر بعد الشهر الرابع، وقد لا يكون مقتصراً على الصباح فقط بل يحصل فى أوقات أخرى.

اسبابه — الأنواع الخفيفة لهذا المرض ينسبها البعض الى الهيستريا أو الامراض العصبية الاخرى، والبعض الآخر ينسبها الى انثناء الرحم أو ميله

المرضى الى الأمام أو الوراء أو للأمراض الالتهابية لعنق الرحم . وقد يحدث القئ من أسباب أخرى لا علاقة لها بالحمل كوجود قرحة معدية ، أو سرطان معدى ، أو عسر هضم مزمن ، أو سرّوز الكبد أو ورم فى المخ . فاذا وجدت هذه الأمراض عند حامل فلا شك فى انها تهيئها لحدوث التسممات الشديدة . ولذا يجب الالتفات لعلاجها من أول الأمر . ويرى بعض المؤلفين أن من الأسباب المحرضة للقىء المستعصى شدة التصاق الأغشية بالرحم . ويوصى فى الظروف التى تستوجب اخلاء الرحم أن يُبْدأ أولاً بفصل الأغشية بالأصبع عن القسم السفلي للرحم بعد تمديد العنق ، فربما أدّى ذلك الى الشفاء بغير التجاء الى تحريض الاجهاض .

أما الأنواع الثقيلة فسببها تسمم الدم الناشىء عن عجز الاعضاء المفرزة للجسم عن تأدية عملها .

الاعراض — يحدث القئ باستمرار بحيث لا يستقرّ الأكل فى المعدة مطلقاً . ثم يشتد نحول المريضة حتى تصير كهيكل عظام . واذا لم يوقف القئ تموت المريضة . ويصحب هذا المرض عادة وجود الزلال فى البول ونقص كمية البول والامساك المستعصى . وينتهى الأمر بارتفاع الحرارة وسرعة النبض مع ضعفه . أما اللسان فيجف ويتغطى بطبقة سمراء ، وتجمع الأوساخ على الاسنان وتقل كمية البول ويدكن لونه ويحتوى على زلال واسيتون (خلون) وحامض تحت الخليك ، وربما احتوى على دم أيضاً . وفى آخر الأمر تصاب المريضة بالهذيان ثم تقع فى سبات عميق ينتهى بالوفاة . وفى بعض الأحوال يتحرض الاجهاض ذاتياً . ولكن كثيراً ما يكون ذلك بعد فوات الوقت فتموت المريضة من الصدمة أو العفونة . ولكن اذا قاومت المريضة هذين العرضين الخَطِرين تأخذ الأعراض فى الزوال وينتهى الأمر بشفائها .

العلاج — يجب أولاً البحث عن الأمراض العمومية أو الموضعية التي يمكن أن تكون هي سبب القيء: كالقرحة المعدية أو السرطان المعدي أو سروز الكبد أو الانثناء الى الوراء أو تقرح العنق. فان كانت هذه الأمراض هي المسببة للقيء أو المحرّضة للتسمم الدموي فالواجب علاجها بما يناسبها. فان كان الرحم منثنياً يُرَدّ بالحركات المهبلية البطنية، وتوضع فرزجة مناسبة. وان وُجِد تقرح في العنق يمس بنترات الفضة ١٥ ٪ كل ٣ ايام. واذا ظُن أن للهستريا دخلاً في الاصابة تُفْصل المريضة في غرفة منفردة بعيدة عن الحركة والغوغاء وترخى الستائر حتى تظلم الغرفة وتُمْنَع من مقابلة أهلها، وتكلّف ممرضة بملازمتها. ويجرَّب العلاج بالتأثير العصبي بوضع حراريق صغيرة متنقلة وباستعمال الكهرباء وغير ذلك.

أما الأحوال التي سببها التسممات الدموية فتعالج بالامتناع عن الأغذية ما عدا الماء وماء الفيشي لمدة ٤٨ ساعة، وباعطاء مسهل مثل المزيج الأبيض كل ساعتين أو الفلاّ كابرا ٣٠ جراماً كل ساعتين الى أن تتلين الامعاء أربعة أو خمسة مرات، أو يعطى ٠,٣٠ الى ٠,٥٠ من الزئبق الحلو في كبسول (غطاء) من الكيراتين، وذلك لكي يتم امتصاصه في الامعاء، لأن الكيراتين لا يتأثر بالعصير المعدي. فان تقيأت المريضة المسهلات التي أعطيت لها يعطى لها حقنة شرجية مركبة من:

سلفات مانيزيا	٤٠,٠٠ جرام
منقوع السنا المكّي لغاية	٦٠٠,٠٠ جرام

تعطى على ٣ دفعات كل واحدة منها ٢٠٠ جراماً وبين الدفعة والأخرى ساعة. ويعمل قبل ذلك حقنة من الماء الدافئ والصابون لإخلاء المستقيم، وبعدها يُرَكَّب على المبسم قثطرة رجال وتُدْفع في المستقيم الى أقصى ما يمكن

وتعطى الحقنة المسْهلة نقطة فنقطة حتى يسهل امتصاصها من الغشاء المخاطى للمستقيم . فاذا استمر القىء بعد ذلك يوقف اعطاء الماء من الفم ويستبدل بحقن شرجية من الماء الدافئ المضاف اليه ٥ ٪ من بيكربونات الصودا . ولا يُسمَح بنزول السائل الاّ نقَطاً حتى لا يتنبه المستقيم فيطرده . ويجب أن يوصل المبسم بقثطرة رجال تدفع الى أقصى ما يمكن فى المستقيم . فاذا استمر القئ تغسل المعدة بمحلول بيكاربونات الصودا ليساعد على تنظيف جدر المعدة مما يكون عالقاً بها من المخاط ، ثم يترك نصف لتر من السائل فى المعدة بعد انتهاء الغسل . فاذا لم يتوقف القىء تعطى المريضة نقطة من صبغة اليود فى قليل من الماء كل ساعتين ، أو مزيج البزموت وحمض السياندريك المخفف . وتوضع ورقة خردل على المعدة . وتغذى المريضة بالحقن الشرجية المغذية المصنوعة من اللبن المهضوم. وعادةً يبطل القىء بعد راحة المعدة يومين أو اكثر . فاذا كان ذلك يُبدأ الغذاء من المعدة بالتدريج بماء الزلال واللبن المهضوم .

تحريض الاجهاض — النقطة المهمة فى تحريض الاجهاض هى معرفة الوقت المناسب لعمله. ومن رأى هوفبوار أنه اذا أكلت الحامل أوقيتين من الليفيولوز (نوع من السكَّر) وظهر السكر فى البول، فالواجب تحريض الاجهاض لأن هذا دليل على أن الكبد بدأت تتأثر من السموم التى فى الدم . ويقول پينار أنه اذا لم ينقص النبض جملة أيام عن ١٠٠ فى الدقيقة وبالأخص اذا اصطحب ذلك بهبوط الضغط الدموى فلا يجوز الانتظار . ويرى كثير من المولدين أن دلالات التحريض هى ظهور الحمى، أو القىء الدموى، أو اليرقان، أو البول الزلالى، أو ظهور الاسيتون أو الانديكان فى البول . ولكن لا يجوز الاعتماد على واحدة من هذه الدلالات فقط، بل يجب مراقبة الحالة وملاحظة

التحسين بتأثير العلاج قبل البت فى الأمر . فاذا لم يفلح العلاج فالواجب تحريض الاجهاض . ويجب الحذر من عدم التمادى فى العلاج التخفيفى الى أن تسوء صحة المريضة لدرجة لا ينقذها منها الاجهاض . وفى تحريض الاجهاض يجب اختيار الطرق السريعة مثل تمديد العنق باقلام اللاميناريا لمدة ٦ ساعات ، ثم يُكمَّل التمديد باستعمال ممدات هيجار . ثم تفصل البويضة بالأصبع وتُخْرَج بجفت البويضة . ويُعْمَل الكحت بالملعقة الكالّة ان لم يمكن ادخال أصبع فى العنق ، أو اذا كانت البويضة ناقصة .

﴿ البول الزلالى ﴾

أهمية ظهور الزلال فى البول هو أنه يدلّنا على حدوث التسمم الدموى . ويكون وجوده غالباً مصحوباً بتورم الساقين أو القدمين فقط ، والفرج ، وبانتفاخ الجفون ، وكثيراً ما يتسبب عنه حدوث الولادة المعجلة ووفاة الجنين أو حدوث الاكلمسيا . ووجود الزلال مثل باقى التسممات الدموية أكثر حدوثاً فى البكريات منه فى المتكررات .

أسبابه — يحدث البول الزلالى مدة الحمل من التهاب الكلى . وقد قسمه العلاّمة درسن الى أربعة أنواع : —

(١) البول الزلالى الحملى .
(٢) البول الزلالى الحملى المنتكس .
(٣) الالتهاب الكلوى الحملى الحقيقى .
(٤) الالتهاب الكلوى المزمن .

(١) **البول الزلالى الحملى** — التغيرات التى تحدث للكلى فى هذا المرض تنحصر فى الارتشاح الشحمى للبشرة المخاطية . ويحدث ذلك من نقص الدم

الناتج عن تشنج الشرايين الكلوية الذى تحدثه منبّهات منعكسة عن المسالك التناسلية . وارتشاح الخلايا بهذه الكيفية يسمح بمرور الزلال فى البول وينقص كمية البول حتى انه يسبب انقطاع افراز البول بتاتاً فى بعض أحوال هذا المرض .

الأعراض — تبدأ الأعراض فى الظهور فى الشهور الثلاثة الأخيرة للحمل . وتنحصر فى الصداع ، والقىء ، وايديما الأطراف والوجه وباقى الجسم. أما البول فتنقص كميته وتكثر كمية الزلال فيه ويحتوى على اسطوانات وخلايا بشرية كلوية وبعض كرّيات دموية .

المعالجة — هذا المرض يعرّض الحوامل للاصابة بالاكلمسيا اكثر من أى مرض كلوى آخر . وستذكر معالجته فى الكلام على المعالجة الواقية من الاكلمسيا . وفى هذا المرض قد ترجع الكلى الى حالتها الأصلية بعد الولادة أو يتحول المرض الى الالتهاب المزمن .

البول الزلالى الحملى المنتكس — ويطلق على أحوال البول الزلالى فى الحوامل فى أشهرهنّ الاولى الذى يزول بعد الولادة ولكن يعود فى الحمل التالى . وهذا النوع يعرّض الحوامل للاجهاض غالباً ، ولكنه ليس مهيئاً لحصول الاكلمسيا . أما طرق علاجه فكعلاج المرض السابق .

(٣) و (٤) **الالتهاب الكلوى الحقيقى والالتهاب الكلوى المزمن** — يختلف هذان المرضان فى أن أولهما يصيب الحوامل بعد حدوث الحمل ، أما الثانى فيكون موجوداً قبل الحمل .

الاعراض — هذان المرضان يسببان نقص كمية البول ووجود زلال فيه . وهما لا يهيئان المريضة للاصابة بالاكلمسيا ، ولكنهما يسببان

الانفصال المعجل للمشيمة ، وموت الجنين ، وحدوث التهاب شبكية العين والنزيف المخي.

المعالجة — علاجه كعلاج البول الزلالى الحملى . أما فى الأحوال التى تحدث فيها قشعريرة ونزف فى شبكية العين ، وانقطاع افراز البول ، فالأفضل تحريض الولادة المعجلة .

﴿ الاكلمسيا ﴾

الاكلمسيا مرض يصيب الحامل والنفساء ، ويتصف بحدوث تشنجات شبيهة بالتشنجات الصرعية . ويصيب الحوامل عادة إما قبل المخاض أو فى أثنائه . ولكنه قد يحدث فى أى وقت من أوقات الحمل بعد الشهر السادس . وهو نادر الحدوث فى أثناء النفاس .

يرى تويدي وهو من أكبر الثقات فى الاكلمسيا أنها تكون أشد خطراً اذا أصابت الحوامل فى أثناء المخاض ، وأقل خطراً اذا حدثت قبل المخاض ، ومتوسطة الخطر اذا حدثت فى النفاس . ويلخص النتائج التى حصل عليها فى مستشفى روتاندا فيما يأتى : —

(١) ان الاكلمسيا كغيرها من تسممات الحمل اكثر حدوثاً فى بكريات الولادة منها فى متكرراتها .

(٢) انها أكثر نسبياً فى الحمل التوأمى منها فى الحمل الفردى .

(٣) انها يكثر حدوثها (فى ارلاندا) عندما يكون الطقس رطباً بارداً . وانه لاحظ تكرار حدوث جملة أحوال بصفة تكاد تكون وبائية فى مدد متقاربة جعلته يظن انها ربما كانت مرضاً مكروبياً .

(٤) أن وفاة الطفل قبل ولادته أو فى أثناءها يحسن فرصة الأم فى الشفاء غالباً .

(٥) أن البول الزلالى يسبق التشنجات فى أغلب الأحوال وانه يتبعها دائماً ان لم يكن موجوداً من قبل (أى يكون موجوداً فى البول بعدها بلا استثناء).

(٦) انه كلما زاد عدد النوبات اشتد الخطر على الأُم والجنين.

(٧) أن المريضة ربما ماتت بعد عدد قليل من النُوَب، وربما نجت بعد ثلاثين نوبة تشنجية.

(٨) أن المريضة التى تشفى من الاكلمسيا تشفى من البول الزلالى أيضاً وانها عادةً لا تصاب بها فى حمولها التالية.

(٩) أن انفجار جيب المياه قد يسبب تحسيناً فى حالة المريضة فى بعض الأحوال. وأن السبب فى ذلك ربما يكون تصرف السائل الأمنيوسى.

التشريح المرضى — أهم التغيرات التى توجـد فى الأحشاء الباطنية هى وجود مسافات متنكرزة (ميتـة) فيها، وبعض انزفة صغيرة تحت غلافات هذه الاحشاء. وهذه التغيرات تكون أكثر وضوحاً فى الكبد والكلى منها فى الطحال والبنكرياس والمخ والرئتين. ومما تجب ملاحظته أن الجنين والمشيمة أيضاً تطرأ عليهما تغييرات شبيهة بالتغيرات التى تطرأ على الأحشاء البطنية. وقد ينسكب الدم فى أنسجة الرئتين، أو تجويف البريتون أو المعدة ويسبب الوفاة. ومما لوحظ أخيراً فى هذا المرض هو أن الغدة الدرقية التى تتضخم عادة مدة الحمل تضمر عند المصابات به.

الاسباب — تنشأ الاكلمسيا من عاملين مهمين : —

(١) تسمم المراكز العصبية بمواد سامّة يحملها لها الدم وتنشأ من أمرين : —

(١) تجمع السموم الطبيعية فى الدم لعجز الكبد والكلى عن افرازها بسبب الأمراض التى تنتابها .

(٢) ازدياد افراز السموم الطبيعية ، أو تكوّن سموم غير طبيعية ، إما فى الأم أو فى الجنين . ثم أن هذه السموم فى أثناء انفرازها فى الكلى تسبب التهاباً كلوياً يترتب عليه وقوف افراز البول وتجمع السموم فى الدم .

(ب) العامل الثانى هو ازدياد تهيج المراكز العصبية الناشىء عن أمرين أيضاً : —

(١) ازدياد التنبه العصبى من مؤثرات طبيعية كما يحدث فى الهيستريا والصرع .

(٢) ازدياد تهيج الأعصاب من مؤثرات شديدة كعسر الولادة ، وازدياد أوجاع الطلق ، وصغر السن أو كبرها عند بكريات الولادة .

الاعراض — تنقسم أعراض هذا المرض الى أعراض منذرة ، وأعراض المرض نفسه .

(١) **الاعراض المنذرة** — هى الأعراض التى تحدث عند ابتداء تسمم الدم وأهمها أوجاع الرأس ، والدوار ، وظهور اشعة نور أمام العينين ، والحكة ، والخمول ، وحدّة الخلق ، والأرق ، والامساك وايديما الأطراف وانتفاخ الاعين والبول الزلالى .

فاذا شكت الحامل فى شهر من أشهر الحمل الاخيرة من احدى الاعراض السابقة فالواجب فحص بولها حالاً لمعرفة ما اذا كان محتوياً على زلال أو لا . ومن المهم جداً ملاحظة هذه الأعراض بمجرد حدوثها ، فانها اذا عولجت بمجرد ظهورها توقف حدوث الاكلمسيا .

النوبة الاكلمسية — تشابه نوبة الاكلمسيا نوبة الصرع تماماً فتبدأ

بتشنج مستمر يداهم المريضة فجاءة فتفقد الشعور وتتخشب، وان كانت واقفة تسقط بشدة على الأرض ، وتتقاص كل عضلاتها ويحمر وجهها ، ويحتقن ، وتنقبض يداها وفكاها وقد تعضّ لسانها وتتثبت صدرها ، وتنثنى ذراعاها وتتخشب ظهرها ، ولا يتقوس الا نادراً . ولا يدوم هذا الدور الا برهة قصيرة لا تزيد عن ٣ ثوانٍ ، ويتلوه دور التشنجات المتقطعة . فبعد أن كانت العضلات ثابتة ومتخشبة تأخذ فى الحركة السريعة الفجائية، فتتحرك عضلات الوجه تحركاً سريعاً، وتتنفس المريضة تنفساً قصيراً متقطعاً . وتتحرك الأطراف العليا تحركاً شديداً فجائياً وغالباً لا تشترك الأطراف السفلى فى ذلك ، ويدوم هذا الدور من دقيقة الى اثنتين قد تموت المريضة فى اثنائها ، فان نجت تعود النوب المتقطعة وتقع المريضة فى سبات (كوما) فترتخى العضلات . وتتنفس المريضة تنفساً شخيرياً . وفى أثناء النوبة تفقد المريضة الشعور وتغيب حركات العين المنعكسة . ويحتقن الوجه ويتورم ويتجمع الزبد فى الفم والمسالك التنفسية فيضيق التنفس .

وغالباً يتحول السبات الى نوم عميق تقوم منه المريضة مشتكية من صداع شديد وذهول قليل . وفى بعض الأحوال لا تعود النوبات ولكنها كثيراً ما تتكرر، ويكون بينها مسافات طويلة أو قصيرة . وقد تتتابع بغير ان تتنبه المريضة بين النوب . وكلما تكررت النوب ضعفت فرصة المريضة فى الشفاء .

التشخيص — تلتبس الاكلمسيا بالصرع، والهستيريا، والكوما الكُحُلية، وأمراض المخ والسحايا . انما اذا وُجد التباس فى نوع التشنجات عند حامل مصابة بالبول الزلالى تعتبر مصابة بالأكلمسيا الاّ اذا ثبت العكس .

المضاعفات — أهمها أيديما الرئتين ووقوف حركة القلب، والنزيف فى المخ.

المعالجة — تنقسم المعالجة الى قسمين معالجة واقية ، ومعالجة شافية .

المعالجة الواقية — وتُفعَل لكل الحوامل المصابات بالبول الزلالى وتنحصر فى جعل غذائهن مقصوراً على اللبن مادام البول محتوياً على زلال وما دامت كميته قليلة . وقد ثبت من ابحاث العلامة تارنييه ان الحوامل المصابات بالبول الزلالى لا يُصَبْن بالأكلمسيا اذا قُصِر غذاؤهن على اللبن مدة اسبوع . وفى الأحوال التى لا يزول فيها الزلال بعد اسبوعين من الغذاء اللبنى يمكن أن يضاف الى الغذاء قليل جداً من اللحوم البيضاء كالسمك والخضراوات من وقت لآخر .

وهناك نقطة فى منتهى الأهمية فى المعالجة الواقية من الاكلمسيا وهى تليين الامعاء بانتظام يومياً بتعاطى ملينات كالحبوب الملينة النباتية (تركيب بارو ولكم) أو حبوب الحنظل والبنج . ويلزم ان نجعل الغذاء مناسباً لكمية البول فان زادت الكمية نسمح للمريضة بغذاء أكثر والعكس بالعكس . فاذا وجدنا كمية البول نقصت نقصاً كبيراً يعطى للمريضة ٦٠ سنتجراماً من الزئبق الحلو مع ٤ جرامات من مسحوق الجلبة المركَّب ، وتتبع بعد ٦ ساعات بحقنة شرجية اذا اقتضى الأمر . ثم يعمل حمام ساخن تُلَف المريضة بعده فى ملاءة صوف لتعريقها . فاذا لم تُجْدِ هذه المعالجة نفعاً تفعل لها المعالجة الشافية .

المعالجة الشافية — تنبنى هذه المعالجة على الأمور الاربعة الآتية : —

(١) أن استطالة الولادة خطرة على المصابات بالاكلمسيا . ولذلك فتى تمددت الفوهة الظاهرة يلزم تخليص الجنين صناعياً .

(٢) أن الأكلمسيا مرض يتسبب من تجمع السموم فى الدم الناشىء عن ازدياد افرازها مدة الحمل . فلذلك تجب مساعدة ايقاف تكوّن السموم

(٣) ان فى هذا المرض تكون الاعضاء المفرزة للجسم وهى الكلى والكبد والامعاء والجلد كلها مريضة ، فلذلك تجب مساعدتها على الافراز .

(٤) معالجة الاعراض والمضاعفات بمجرد ظهورها .

(١) *تخليص الجنين متى امكن ذلك* – لا يستحسن في هذه الأحوال تحريض الولادة المعجلة ، بل ينتظر الى ان تمدد الفوهة الظاهرة وينحشر الرأس ثم يوضع الجفت . أو يفعل التحويل القدمى . فاذا لم تقف النوب بالرغم من المعالجة أو اذا أخذت النوب فى الاشتداد فالأفضل تحريض الولادة . فان كانت الوالدة بكرية ولم يكن العنق متمدداً فالأفضل عمل العملية . أما لو كانت الوالدة متكررة الولادة وامّحى العنق ولم يتمدد ، يُمَدَّد بممدّدِ فرومر ثم يوضع الجفت .

ايقاف تكون السموم – يقوم ذلك باربعة أشياء : ـ

(أولاً) بمنع الوالدة من الاكل بتاتاً الى أن تزول النوبات . ولا خوف على المريضة من الموت جوعاً ، فان النوب يندر أن تستمر ثلاثة أيام وهى مدة يمكن أن تصومها المريضة بدون ضرر كبير .

(ثانياً) بتحريض الولادة المعجّلة . وهذه المعالجة مبنية على أن المشيمة هى المنبع الذى تنفرز منه السموم المسببة للاكلمسيا . ولكن تحريض الولادة المعجلة خطرٌ لأنه يسبب صدمة شديدة قد تموت المريضة بسببها . زد على ذلك أنها قد تسبب الحمى النفاسية .

(ثالثاً) بتعاطى مركبات المورفين فانها تبطل أو توقف تمثيل الأغذية ثم انها تضعف تهيج المراكز العصبية وتساعد على ايقاف النوب فى حين انها لا تضعف حركة القلب ولا تعطل افراز الكلى .

(رابعاً) غسيل المعدة لإفراغها من الغذاء .

(٣) *مساعدة الاعضاء المفرزة على تأدية وظيفتها* . – ويقوم ذلك بخمسة اشياء

(أولاً) بتعاطى المسهلات لانها تساعد كثيراً على افراز السموم من الجسم .

(ثانياً) بالتعريق ويقوم بعمل الحمامات الساخنة ولف المريضة بعد ذلك ببطانية

(ثالثاً) بمساعدة الكلى على الافراز بتعاطى مدرّات البول .

(رابعاً) بالفصد . ويستنزف عادة ٢٥٠ جراماً من احد الاوردة . ولكن هذه المعالجة هجرت تقريباً . وفائدتها تحصر فى تخفيض ضغط الدم ولا تعمل والاّ اذا كان الضغط مرتفعاً .

(خامساً) بحقن لتر من محلول الجلوكوز العقيم إما تحت الجلد أو فى الاوردة مباشرة لتخفيف السموم .

(٤) **معالجة الاعراض والمضاعفات**

(اولاً) النوب التشنجية . وتعالج إما بالكلوروفوم أو الكلورال ، أو المورفين . والمورفين أحسنها لأنه لا يضعف حركة القلب كما يفعل الكلوروفورم والكلورال .

(ثانياً) وقوف حركة القلب . ويمكن ملافاة ذلك بالحقن بالديجيتالين ، والكونياك تحت الجلد .

(ثالثاً) ضعف الرئتين الناشىء عن المعالجة بالمورفين ويمكن منع حصوله باضافة نصف مليجرام اتروپين الى كل ثلاثة سنتيجرامات مورفين .

كيفية السير فى المعالجة — أول النقط العلاجية وأهمها هو تخليص الجنين صناعياً متى تمددت الفوهة الظاهرة تمدداً كافياً . أما السير فى المعالجة فكما يأتى : — متى شخصنا وجود الاكلمسيا تحقن المريضة تحت الجلد بثلاثة سنتيجرامات من المورفين مع نصف ملليجرام من الاتروبين . فاذا لم تقف

النوبات يحقن سنتيجرام ونصف من المورفين مع ربع مليجرام اتروبين بعد مضى ساعتين . ثم تكرر الحقنة الأخيرة كل ساعتين على شرط ألاّ يعطى أكثر من ١٢ سنتيجراماً من المورفين فى الأربع وعشرين ساعة . فاذا لاحظنا أن التنفس صار بطيئاً جداً نوقف المورفين لأن ذلك دليل على تسمم الجسم به.

ثم اذا كانت المريضة قادرة على البلع تعطى ستة جرامات من مسحوق الجلبة المركب وتسقى مقادير وافرة من الماء .

أما اذا كانت فاقدة الشعور فيفعل لها غسيل المعدة بمقادير كبيرة من الماء الدافئ . ومتى انتهينا من الغسيل نترك ربع لتر من الماء فى المعدة ثم نسكب فيها أيضاً ٥٠ جراماً من زيت الخروع وثلاث نقط من زيت حب الملوك . ونسكب بعد ذلك مقداراً قليلاً من الماء الساخن لغسل الأنبوبة ومرور الزيت بأجمعه الى المعدة .

ثم ننوّم المريضة على جانبها ونأتى بأنبوبة من الكاوتشوك وندهنها بالجليسرين وندفعها فى المستقيم الى أقصى ما يمكن ، وعلى كل حال لا يكون ذلك أقل من ٢٥ سنتيمتراً . ويساعد على دخول هذا المقدار أن يسمح الماء بأن ينزل منها وقت ادخالها لأن ذلك يمدد المستقيم . ثم نغسل الامعاء بمقادير كبيرة من الماء الساخن الى أن يعود الماء نظيفاً وعند ذلك نترك نصف لتر من الماء فيه . ثم نحقن لتراً من محلول الجلوكوز ٥ ٪ تحت الجلد .

وبعد ذلك نصرف اهتمامنا الى معالجة الاحتقان الكلوى فنضع لبخات ساخنة على القسم القَطَنى كل ساعتين . فاذا وجدنا أن المريضة فاقدة الشعور تماماً نحقنها بنصف لتر من محلول ملحى تحت جلد الثدى ونردفه بنصف لتر آخر اذا استمر الحال مدة ثمانى ساعات . ثم نُمرِّر قثطرة فى المثانة ونقيس كمية البول التى تنزل . ومن المهم ملاحظة ابقاء المريضة على جانبها لا على

ظهرها خوفاً من مرور اللعاب الى الرئتين واختناق المريضة به : ثم نلاحظ وضع مبعّد الفك بين الأسنان أثناء النوب لمنع المريضة عن عض لسانها . واذ لم يوجد مبعد للفك يستعاض بيد ملعقة ملفوف عليها منديل . فاذا وجدنا أن القلب أخذ يضعف نحقنها بكنياك من ١٠ الى ٢٠ نقطـة تحت الجلد ثم نحقنها بنصف مليجرام ديجيتالين أيضاً .

أما اذا لم تحرّك الامعاء بعد ست ساعات فيفعل لها حقنة شرجية فاذا مضت ست ساعات أخرى ولم تتغوّط تعطى مسهلاً آخر بالطريقة السالف ذكرها . ويجب أن تتولى تمريض المصابة ممرضة مقتدرة متعودة على عمل التنفس الصناعى وقت الحاجة .

المعالجة بعد زوال النوب — يظهر أن اللبن فى أى شكل يضر المصابات بالاكلمسيا ضرراً بليغاً . فمن المناسب أن يبدأ الغذاء بماء الزلال ومرق الأرز بعد زوال النوبة مدة أربع وعشرين ساعة ثم تضاف الأغذية اللبنية تدريجياً .

﴿ سيلان اللعاب ﴾

سيلان اللعاب — هو من العلامات الأكيدة لتسمم الدم ، وهو غير خطر فى ذاته ولكنه يسبب مضايقة شديدة للمريضة . والمريضات به يكنّ عادة عصبيات المزاج . ولا يسيل اللعاب عادة فى أثناء النوم ، ولكنه يشتد قبل تعاطى الطعام وعند النوم .

المعالجة — اذا امتنعت المريضة عن الطعام ، ما عدا المـاء وماء الفيشى ، ثمانى وأربعين ساعة تشفى حتماً . وتجب ملاحظة تليين الامعاء بانتظام وتمنع من استعمال المناديل وتؤمر بابتلاع اللعاب لأن وجود المناديل فى يد المريضة يحرض سيلان اللعاب .

﴿ ازدياد مائية الدم ﴾

فى هذا المرض تحدث ايديما فى الساقين والفرج ولكن لا تصطحب بوجود الزلال فى البول .

أعراضه — يبدأ المرض فى الشهور الاخيرة للحمل وقد تشتد الأيديما لدرجة تمنع المريضة عن المشى . وقد يتوتر الجلد لدرجة تجعله عرضة للتمزقات الشديدة وقت الولادة .

العلاج — تراعى القوانين الصحية فيما يتعلق بالغذاء والنوم والرياضة المعتدلة ان لم يكن التورم كبيراً . ويفحص البول كل أسبوع خوفاً من ظهور الزلال . وتعطى للمريضة ملينات يومية، وتؤمر بتعاطى مقادير كافية من السوائل وتغذى بالأطعمة الكثيرة الغذاء السهلة الهضم . ويعطى لها أدوية مقوية كالحديد وخلاصة الشعير Maltine . ويجتهد فى أن تكون أغذيتها خالية من الملح على قدر الامكان . فان زاد التورم تلازم الفراش وان تمدد الجلد كثيراً يُبَط فى أمكنة متعددة بابر عقيمة مع ملاحظة أدق طرق التعقيم .

﴿ الأنزفة ﴾

قد تحدث أنزفة من المعدة والأنف فى أيام الحمل الأخيرة اذا كانت الماخض مصابة بتسمم دموى أو اذا كان الجنين ميتاً فى بطنها .

العلاج — اذا لم يمكن ايقاف النزف بالطرق العادية تُحَرَّض الولادة .

﴿ أسباب الوفاة الفجائية مدة الحمل ﴾

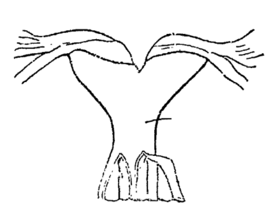
قد تحدث الوفاة فجاءة مدة الحمل من أسباب لا علاقة لها به مثل أمراض القلب والسكتات والأنزفة المخية . وقد تحدث الوفاة من أمراض لها علاقة بالحمل مثل انفجار حمل خارج الرحم أو حدوث نزف عارضى باطنى أو خارجى ، أو من الاندغام المعيب للمشيمة . وفى أحوال نادرة قد ينفجر الرحم من تمزق أثرة التحام عملية قيصرية سابقة .

الفصل الخامس عشر

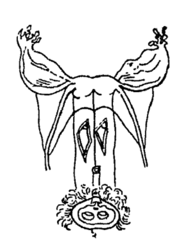
﴿ التشوُّهات الخلقية ، والأوضاع المرضية للرحم الحامل ﴾

(التشوهات الخلقية للرحم والمهبل)

لسهولة فهم هذه التشوهات يجب أن نشير بالاختصار الى كَيفية تكوّن المسالك التناسلية عند الجنين .



(شكل ١٣٥)
الرحم ذو القرنين (شرودر)



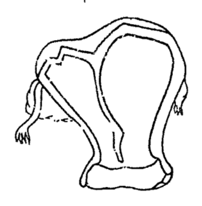
(شكل ١٣٤)
المهبل والرحم المزدوجان

يبدأ ظهور المسالك التناسلية عند الجنين على هيئة قناتين — هما قناتا مولر — يسيران على جانبي العمود الفقرى . ثم ان هاتين القناتين تتحدان الواحدة بالأخرى فى جزئيهما السفليين . ثم يزول الحاجز الذى يفصل الواحدة عن الأخرى . أما الجزءان العلويان لهما اللذان لم يتحدا فيكوّنان البوقين . أما جزآهما السفليان اللذان اتحدا فيكوّنان الرحم والمهبل . وعلى ذلك فيكون كل من البوقين مع النصف المقابل له من الرحم والمهبل متكوّناً فى الأصل من قناة واحدة . اذا فهمنا ذلك يسهل علينا فهم التشوهات الخلقية الآتية وهى :

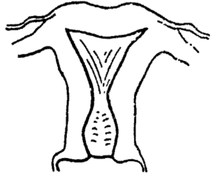
(١) ان الجزئين السفليين لقناتي مولر يتحدان الواحد بالآخر ولكن

لا يزول الحاجز الذى بينهما . فينشأ عن ذلك رحم ومهبل مزدوجان (انظر شكل ١٣٤)

(٢) ان القناتين لا تتحدان الا من ابتداء العنق فما دون . فيتسبب عن ذلك مايسمى بالرحم ذى القرنين (انظر شكل ١٣٥)



(شكل ١٣٦) الرحم ذو الحاجز .



(شكل ١٣٧) الرحم القلبي الشكل .

(٣) ان القناتين تتحدان ولكن إما أن لا يزول الحاجز بين نصفى الرحم فقط فيسبب ما يسمي بالرحم ذى الحاجز (انظر شكل ١٣٦) ، أو لا يزول الحاجز بين نصفى المهبل فقط فيسبب ما يسمى بالمهبل ذى الحاجز.

(٤) ان احدى قناتى مولر تنمو نموها الطبيعى وتبقى الأخرى على الحالة الاثرية ، فتسبب ما يسمى بالرحم ذى القرن الواحد (انظر شكل ١٣٨)

أو أن يبقى انبعاج فى قمة قاع الرحم فى محل تقابل القناتين فيسبب ما يسمى بالرحم القلبي الشكل (انظر شكل١٣٧) . ويشترط لحصول الحمل فى الرحم المتشوه خلقياً أن يكون أحد نصفيه على الأقل نامياً نمواً تاماً . وفى الأحوال التى يحدث فيها الحمل فى رحم متشوه تنشأ مضاعفات كثيرة أهمها الآتية : —

(١) الاجهاض وهو قليل الحدوث .

(٢) المخاض البطىء وسببه النمو غير الكامل للالياف العضلية الرحمية

أو اعاقة النصف غير التام نموه لنزول الجنين .

(٣) النزف بعد الولادة ، واحتباس المشيمة خصوصاً اذا كانت ملتصقة بالحاجز.



(شكل ١٣٨) الرحم ذو القرن الواحد (كورنى)

أما اذا حدث الحمل فى الجزء الأثرى للرحم ذى القرن الواحد فيعتبر الحمل كأنه خارج الرحم ويعالج بمثل علاجه .

﴿ الأوضاع المرضية للرحم الحامل ﴾

الانثناء الى الامام المرضى — وهو اما خلقى ، أو نتيجة التهاب حوضى ويندر أن يحدث اعراضاً متعبة خلاف تهيج المثانة وتكرر البول . أما اذا كان السبب أثرة التحام عملية سابقة فاما أن يزول الالتصاق بنمو القاع فتشفى المريضة ، واما أن لا يزول الالتصاق . فبنمو القاع ينجذب العنق الى فوق تدريجياً ، ويبقى الجزء من القاع الملتصق بالمهبل امام العنق وأسفله مكوّناً لقعر كيس ، بينما ينمو الجدار الخلفى للرحم نمواً كافياً لكى يسع الجنين . فمتى ابتدأ المخاض يندفع الجنين فى قعر الكيس السابق ذكره ، بدلاً من أن يندفع على الفوهة الباطنة ، فينبنى على ذلك ان العنق لا يتمدد وان الرحم يتمزق.

المعالجة — تنحصر فى تمديد العنق صناعياً ووضع الجفت . فان لم يمكن تمديد العنق تفعل العملية القيصرية .

الميل الى الامام المرضى — هو مرض كثير الحدوث فى اشهر الحمل

الأولى ويسبب وقتئذ ازدياد الضغط فى المثانة. وقد يحدث ايضاً فى أشهر الحمل الأخيرة فى أحوال ضيق الحوض أو الحمل التوأمى. ففى ضيق الحوض يندفع الرحم الى فوق خارج الحوض لعدم تمكن الرأس من الانحشار فيسقط الرحم الى الامام على جدر البطن التى ترتخى. فينشأ من ذلك حدوث المجىء المعيب.



(شكل ١٣٩)
حالة رحم حامل سبق تثبيته لجدر البطن قبل الحمل. لاحظ موضع عنق الرحم (دى لى)

المعالجة — تربط البطن برباط متين وتؤمر الوالدة بالاضجاع على ظهرها فى أثناء المخاض الى أن ينحشر الرأس.

الميل والانثناء الى خلف — كثيراً ما يحدث الحمل فى الرحم المائل أو المنثنى الى الوراء، وينتهى عادة باحدى اربع طرق: —

(١) **الاجهاض** — وهو كثير الحدوث خصوصاً لأن الانثناء والميل الى الوراء يكونان مصحوبين عادة بالتهاب رحمي باطني يساعد على حدوث الاجهاض .

(٢) **الانعدال** — وفيه ينعدل وضع الرحم من نفسه متى تقدم سير الحمل .

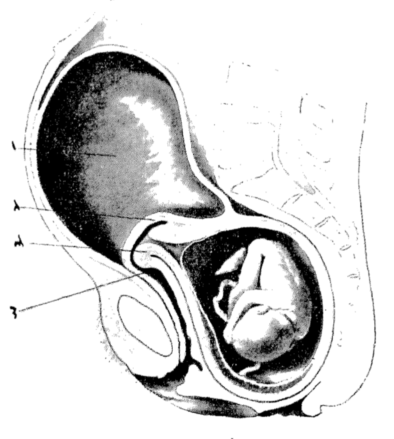
(٣) **نمو الجدار المقدم للرحم** — وهو نادر الحدوث جداً ويحدث فى الاحوال التي يكون فيها قاع الرحم ملتصقاً الى الوراء . وهى عكس ما يحدث فى الانثناء الى الامام المرضى الناشئ عن أثرة التحام . وفيه يبقى قاع الرحم ملتصقاً بقعر كيس دوجلاس . ولكن الجدار المقدم للرحم ينمو نمواً كافياً ليسع الجنين فينتج ذلك انه فى نهاية الحمل يتكون قعر كيس وراء العنق يندفع فيه رأس الجنين ، والمعالجة فى هذه الأحوال تنحصر فى تمديد العنق صناعياً، ووضع الجفت . فان لم يكن تمديد العنق تفعل العملية القيصرية .

(٤) **احتباس الرحم فى الحوض** — وفيه يحتبس الرحم الحامل المائل الى الوراء فى تجويف الحوض . ويساعد على حدوثه وجود ضيق فى الحوض خصوصاً اذا كانت الزاوية العجزية القطنية شديدة البروز . وهو من الأمراض الخطرة جداً ومن المؤكد انه يقتل المصابة به الاّ اذا عُدل وضع الرحم أو حُرّض الاجهاض .

الاعراض — تحدث كلها من ضغط الرحم على الاحشاء المجاورة . فمن ضغطه على المثانة يحدث تهيجاً مثانياً فيعسر التبول ويتكرر . ومن ضغطه على الأعصاب يحدث ألماً فى الساقين ، ومن ضغطه على الأوردة يحدث تورماً فى الساقين والفرج . ومن ضغطه على المستقيم يحدث امساكاً وألماً شديداً . واذا اشتد ضغطه على المثانة ينحصر البول وتتمدد المثانة ثم يبدأ البول بالنزول نقطة فنقطة . فاذا أهملت المريضة علاج نفسها تلتهب المثانة ويُسبّب ضغط

البول ضغطاً شديداً على جدرها وقوف دورة الدم فيها فتموت وتنثقب المثانة أو تنفجر ويرتشح البول فى الأنسجة الخلوية أو فى البريتون .

فاذا دُعى الطبيب الى المريضة وقتئذٍ يجد ورماً فى البطن قد يظنه خطأً الرحم الحامل . ولكنه متى أجرى فحصاً مهبلياً يجد أن قعر كيس دوجلاس



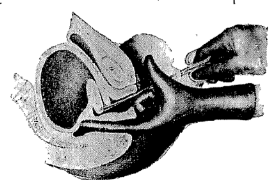
(شكل ١٤٠)
احتباس الرحم الحامل المنثنى الى الوراء فى الحوض
١ — المثانه ٢ — قعر الكيس المقدم
٣ — العنق ٤ — قعر الكيس الخلفى (بم)

مملوء بورم ، وان هذا الورم ممتد الى الأمام وضاغط على العانة . ثم أنه يجد أيضاً أن العنق منجذب الى فوق ومنضغط على العانة ، وقد يجده مرتفعاً الى أعلى العانة بحيث لا يمكن الاحساس به . أما الصماخ البولى فقد يكون منجذباً الى فوق لدرجة تجعل الوصول اليه شديد الصعوبة .

التشخيص — قد يلتبس احتباس الرحم بقيلة دموية فى قعر كيس

دوجلاس. ويتميز عنها بعدم الاحساس بالرحم مدفوعاً وراء العانة، وبأن تاريخ المرض لا يدل على سابق حدث نزف باطنى وبتوتر الغشاء المخاطى المهبلى فى قعر الكيس المقدم. وبأن الفوهة الظاهرة تُطِل الى الأمام والى الأعلى وليس الى أسفل. ويلتبس أيضاً باندفاع الرحم وراء العانة لوجود ورم ليفى كبير وراءه. ويتميز عنه بأن الأورام الليفية تصطحب بنزف رحمى وليس بانقطاع الطمث كما يحدث فى الرحم المحتبس، وبعلامات الحمل الأخرى وباتجاه العنق الى الأعلى والى الأمام وليس الى الوراء.

المعالجة — متى علمنا من العلامات السابقة أن الورم المتكوّن فى البطن هو المثانة المتمددة، فأول شىء نفعله هو أن نقثطر المثانة لاخلائها من البول. فاذا وجدنا صعوبة فى تمرير القثطرة والمريضة على ظهرها تأمرها بالانكباب على ركبتيها وصدرها ثم نحاول تمرير قثطرة رجال من صمغ مرن رقم ١٠



(شكل ١٤١)
كيفية عدل الرحم الحامل المنثنى الى الوراء.

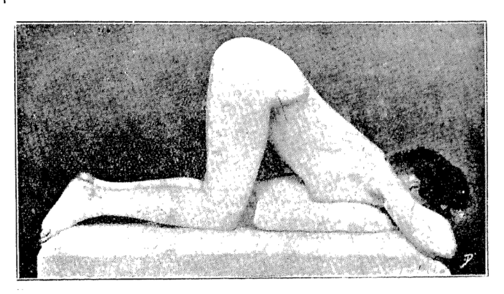
والمريضة فى هذا الوضع. ويجب اتباع أدق طرق التعقيم لأن أنسجة المثانة تكون شديدة التعرض للتعفن والالتهاب. وكثيراً ما يحدث أنه بعد مرور القثطرة فى المثانة لا يخرج منها البول، إما بسبب انسدادها بقطع ميتة من الغشاء المبطّن للمثانة، أو تكون القثطرة قد دُفِعَت فى نسيج المثانة الذى آلانَهُ الالتهاب وليس فى التجويف. وفى هذه الحالة تُخرَج القثطرة وتمرَّر

ثانيةً ، ويكون اخراجها تدريجياً فانه كثيراً ما ينزل البول اذا تعدَّت القشطرة نقطة معينة تكون مركزاً للالتهاب . فاذا استحالت قشطرة المريضة تُبَطّ المثانة بادخال ابرة بازلة فى أعلى العانة بسنتيمتر، على الخط المتوسط . ومتى أتممنا عمل ذلك نحاول عدل وضع الرحم مع اعطاء المريضة كلوروفورماً اذا اقتضى الأمر . فاذا أمكن عمل ذلك نضع فرزجة فى المهبل ونوجّه التفاتنا الى معالجة المثانة الملتهبة . وكيفية عدل الرحم هى أن تؤمر الحامل بالنوم على ظهرها ونُمْسِك الشفة الخلفية للعنق بجفت ذى مشبكين ونضع أصبعين فى المهبل ونحاول أن ندفع بهما القاع الى فوق بالضغط عليه من قعر كيس دوجلاس. فاذا لم ننجح ندخل أصبعاً أو أصبعين فى المستقيم وندفع بهما الرحم الى الأعلى أو الى أحد جانبي الزاوية العجزية القطنية حيث يوجد متسع أكبر، ونستمر ضاغطين بالأصابع مدة بضع دقائق . فان لم نفلح نعيد الكرّة بعد ٢٤ ساعة. فاذا لم ننجح فى ذلك فالأفضل تحريض الاجهاض . فاذا وجدنا أنه من شدة انجذاب العنق يصعب ادخال آلات فيه، نأتى بآلة بازلة دقيقة وندفعها فى الرحم ثم نسحب قليلاً من السائل الأمنيوسى ، وهذه الطريقة تحرّض الاجهاض بكل تأكيد ، وهى خالية من الخطر اذا فعلت مع الاعتناء التام بالتعقيم . وأحسن من ذلك فتح البطن وعدل الرحم وتعليقه فى بريتون الجدار المقدم للبطن بعد فصل الالتصاقات .

أما اذا ترك هذا المرض بلا علاج فلا محالة من موت المريضة إما من تغنغر جدر الرحم أو من انفجار المثانة الذى يسبب التهاباً بريتونياً عفناً .

سقوط الرحم الحامل — من النادر حدوث الحمل فى الرحم الساقط سقوطاً من الدرجة الثالثة ، ولكنه قد يحدث اذا كان السقوط من الدرجة الأولى أو الثانية أعنى اذا كان العنق وحده بارزاً من الفرج . وفى هذه

الأحوال يلتهب العنق وتتضخم جدره ويتغطى سطحه بالتقرحات ؛ فمتى أتى المخاض لا يمّحى العنق الاّ بصعوبة كبيرة وربما تسبب عن ذلك تمزق الرحم .



(شكل ١٤٢)
الوضع الركبي الصدرى لمعالجة الرحم الحامل المنثنى الى الوراء .

والمعالجة — تنحصر فى دفع العنق الساقط داخل المهبل ووضع فرزجة. فاذا كان العنق صلباً من الالتهاب أو اذا وجدت عليه تقرحات تُفعل زروقات ساخنة وتوضع تحميلة من القطن المشبَّع بالجليسرين لتليين العنق . وكثيراً ما تستوجب الحالة عمل الشقوق الجانبية للعنق ثم خياطتها بعد الولادة .



الفصل السادس عشر

﴿ أمراض الساقط وأغشية البويضة ﴾

السيلان المائى الحملى .

ويطلق على الأحوال التى يسيل فيها افراز مائى من الرحم مدة الحمل .

الانواع — ينشأ السيلان المائى مدة الحمل من سببين مختلفين : الأول من تجمع سائل بين الأغشية وجدر الرحم، والثانى من نزول جزء من السائل الأمنيوسى قبل الأوان .

الاسباب — السيلان المائى الذى ينشأ من تجمع سائل بين الاغشية والرحم يتسبب من التهاب الساقط الحقيقى والساقط المنعطف، فيفرزان سائلاً يتجمع خلف الأغشية ثم ينفجر دفعة واحدة . ويتكرر حدوث ذلك جملة مرات . أما السيلان المائى الامنيوسى فينشأ من تمزقات صغيرة فى الأغشية . ويحدث عادة فى الشهرين الأخيرين للحمل ويسبب الولادة المعجلة .

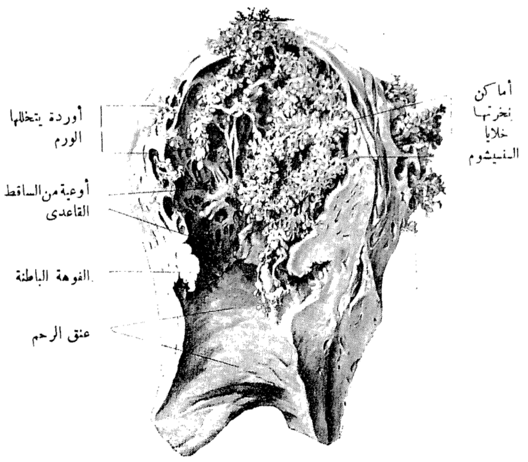
المعالجة — تنحصر المعالجة مدة الحمل فى ملازمة الفراش . أما بعد الولادة فاذا وجد التهاب رحمى يعالج بعملية الكحت .

﴿ الاستحالة المخاطية للسلى ﴾

وتسمى أيضاً بالمول الحويصلى . وكيفية حدوثها هى ان الخمل السلائى، بدلاً من أن يضمر كالعادة، يأخذ فى النمو مكوّناً لحويصلات يختلف حجمها من حجم رأس الدبوس الى العنبة . وهذه الحويصلات تكون متصلة بعضها ببعض على شكل العناقيد . وهذا المرض يحدث عادة عند النساء المدمنات للخمر والمصابات بالزهرى وهو قليل الحدوث فى مصر .

سرعة نموه – ينمو المول الحويصلي أسرع من الحمل العادى بمرتين، حتى انه فى الشهر الثالث يكون قاع الرحم قد بلغ الى محاذاة السرة .

الاعراض – ينقطع الحيض شهراً أو شهرين وتشعر المريضة بعلامات الحمل فى الاشهر الأولى . ثم يتلو ذلك نزول دم أو سائل دموى من الرحم وبحث هذا السائل قد يمكن العثور على حويصلات سلائية ، وهى تشبه فى



(شكل ١٤٣) مول حويصلى من النوع الخبيث (بم)

شكلها حبيبات عنب الثعلب عائمة فى هلام (چلاتينا) أحمر ، وقد تكون كمية الدم عظيمة جداً فتسبب وفاة المريضة . وقد يصطحب المول الحويصلى بالقىء المستعصى وبأعراض التسمم الامتصاصى الأخرى .

فاذا أجرينا فحصاً مهبلياً نجد أن الرحم أكبر مما يناسب أشهر الحمل . ففى الشهر الثالث مثلاً نجد قاع الرحم قد تجاوز السرة ونجد جدره عجينية الشكل .

وبالرغم من كبر حجمه نجد أن علامات الحمل الجنينية مثل الهزة القسرية وضربات قلب الجنين غير موجودة . فاذا بحثنا العنق فقد نجد الفوهة الباطنة متمدِّدة وقد يمكننا اخراج بعض الحويصلات من الرحم اذا دفعنا الأصبع الى داخل الفوهة الباطنة . فاذا لم يمكنّا عمل ذلك يكفى للتشخيص ملاحظة حجم الرحم وملمسه العجينى ، والبحث فى السائل الدموى الذى ينزل من الرحم على الحويصلات السلائية .

الأنواع — يوجد نوعان من المول الحويصلى : أحدهما حميد لا يتعدى البويضة ، والآخر خبيث يصيب جدر الرحم أيضاً وربما نفذ الى البريتون .

المعالجة — تنحصر المعالجة فى اخلاء الرحم بمجرد ثبوت التشخيص فاذا وُجِد العنق منغلقاً ولم توجد أعراض نزف خطرة تفعل السدادة المهبلية كما تُعمل فى النزف العارضى وترفع بعد ١٢ ساعة . ويُعاد عملها اذا لم يكن المخاض قد تحرَّض . والعادة أن يقف النزف ويتحرَّض المخاض ويلين العنق بحيث يسهل تمديده بالأصبع بعد رفع السدادة الأولى . أما اذا وجدت أعراض خطرة تستوجب اخلاء الرحم بسرعة فيجب أن يُمدَّد العنق بممددات هيجار أولاً ثم بمُمَدِّد فرومر . فمتى تمّ تمديد العنق ينقذف المول من نفسه . فان لم ينقذف يُدْخل أصبعان أو أربعة ان أمكن داخل الرحم ويفصَل المول . وتوضع اليد الأخرى على البطن ويُضغط قاع الرحم الى أسفل ثم يفعل زرق رحمى ساخن من الليزول فى درجة ٤٧ س . فاذا وجدنا النزف شديداً نسد باطن الرحم بالشاش اليودوفورمى . ونحقن المريضة بجرام پيتيوترين وجرام ارجوتين وترفع السدادة بعد ٢٤ ساعة . وفى أغلب الأحوال يعود النزف بعد أسبوعين . فاذا حدث ذلك وجب كحت الرحم بملعقة كالّة لأنه يجوز أن يكون قد بقى فى الرحم بعض الحويصلات . وقد يجوز أن يعود النزف ثانيةً

فاذا عاد يعاد الكحت . أما الأحوال التى يكون فيها المول خبيثاً فيستأصل الرحم . ولذلك يجب ارسال نموذج لفحصه باثولوجياً من أول الأمر .

﴿ أورام السلى الخبيثة ﴾

هى أورام خبيثة تنشأ فى الطبقتين البشريتين المغطيتين للخمل السلائى وهما السينسيشوم وطبقة لانجهانس . وهى تحدث عادة عقب الولادة أو الاجهاض أو المول الحويصلى إما مباشرة أو بعد بقليل . وتنشأ عادة فى القاع أو بالقرب منه على هيئة ورم ذى عنيق يختلف حجمه من الحمُّصة الى البرتقالة الكبيرة . ومتى كبر حجمه يمتلىء باطن الرحم بورم هش غير منتظم يسيل منه الدم بسهولة . ثم يسرى الورم الى جدر الرحم والأنسجة المجاورة، ثم تنتقل قطع صغيرة منه فى الأوعية الدموية وتصيب الاحشاء الأخرى وعلى الأخص الرئتين .

الأعراض — أولها حدوث نزف يكون فى الغالب شديداً ويجىء على نوب يتخللها افراز سائل دموى نتن يجعل هـذا المرض شديد الشبه بالاجهاض الناقص . ويحدث النزف إما بعد الولادة مباشرة أو بعد زمن وجيز جداً . وقد يصطحب بقشعريرات تجعل تشخيصه يلتبس بالحمى النفاسية . ولكننا متى فحصنا الرحم نجده مملوءاً بورم هش يدمى بسهولة . واذا كان المرض متقدماً نجد أنه قد تخلل جدر الرحم وأصاب الأنسجة المجاورة أيضاً فاذا كحتنا قطعة منه وفحصناها بالمجهر يتضح التشخيص .

المعالجة — استئصال الرحم بمجرد ثبوت التشخيص .

الانذار — خبيث جداً اذ يندر شفاء المريضة الاّ اذا عولجت فى أوائل المرض . وقـد شفيت بعض أحوال استؤصل فيهـا الرحم بعد ظهور

السعال والتنفس الدموى من الرئة الناشىء عن سريان المرض اليها فى الغالب، وظهور سريانات من المرض فى المهبل وغيره أيضاً .

﴿ الاستسقاء الأمنيوسى ﴾

ويطلق على الأحوال التى يُفْرَز فيها مقدار كبير جداً من السائل الأمنيوسى . والكمية العادية للسائل الأمنيوسى تختلف كثيراً ولكنها لا تزيد فى الحالة العادية عن لتر واحد . أما فى أحوال الاستسقاء الأمنيوسى فقد تبلغ كميته من لتر وربع الى خمسة عشر لتراً . والاستسقاء الأمنيوسى يتجمع عادة تدريجياً . ولكنه فى أحوال نادرة جداً قد يحدث فى ليلة واحدة .

الأسباب - غير معلومة تماماً ولكنهم ينسبون حدوثه للاصابة بالزهرى وأمراض القلب والكلى والانيميا . ومن المُشاهَد أنه يصطحب كثيراً بتشوهات الجنين وبأمراض القلب والكلى عند الحوامل . وهو أكثر شيوعاً عند متكررات الولادات منه عند بكرياتها . وقد يحدث الاستسقاء الأمنيوسى فى أحد كيسى حمل توأمى ولا يحدث فى الآخر .

الأعراض — أعراض الاستسقاء الأمنيوسى فى مدة الحمل تنشأ كلها من الضغط على الاحشاء المجاورة بسبب اشتداد تمدد الرحم . فمن الضغط على المستقيم يَحدُث امساك ، ومن الضغط على المثانة يكثر تطلب البول ، ومن الضغط على جدر البطن يحدث ارتخاء فى البطن ، ومن الضغط على المعدة يحدث القيء ، ومن الضغط على القلب والرئتين يحدث خفقان وعسر فى التنفس . وتزرقّ الشفتان واليدان والقدمان ، ويتورم الساقان وكثيراً ما يظهر الزلال فى البول .

أما فى أثناء الولادة فيبطؤ الدور الأول من ضعف جدر الرحم الناشىء

عن ازدياد تمددها ، ويكثر حدوث المجىء المعيب للجنين . ومتى انفجر جيب المياه فبالنسبة لتصرُّف السائل الأمنيوسى بسرعة عظيمة قد يسقط الحبل السّرى ؛ وقد يصير المجىء معيباً ان لم يكن معيباً من قبل . وبسبب سرعة انقباض الرحم وصغر حجمه تنفصل المشيمة ويحدث نزف دموى . أما الدور الثانى فقد يحدث بسرعة غير محمودة العاقبة اذا كان الوضع جيداً ، أو تصير الولادة عسرة ان كان معيباً . أما الدور الثالث فيكون بطيئاً بالنسبة للخمود الذى يصيب الرحم ويكثر حدوث النزف الخمودى .

السير — قد ينتهى الاستسقاء الأمنيوسى باحدى أربع نهايات : —

(١) الولادة المعجلة ، وذلك بسبب ازدياد تمدد الرحم .

(٢) الولادة الطبيعية اذا لم يكن الاستسقاء شديداً .

(٣) تمزق الرحم من اشتداد تمدده .

(٤) وقوف حركة القلب من اشتداد الضغط عليه .

التشخيص — النقط المميزة للاستسقاء الأمنيوسى هى زيادة حجم الرحم عما يناسب شهور الحمل ، وصعوبة ادراك أجزاء الجنين أو سماع ضربات قلبه أو تحديد جدر الرحم نفسه ، والاحساس بتموّجات واضحة . أما مهبلياً فلا يُحَس بشىء ما اذا كان جيب المياه سليماً لأن الجزء الآتى به الجنين لا يستطيع الانحشار فى أحوال الاستسقاء الأمنيوسى الّتى تمزق جيب المياه . ويتمدد العنق من شدة الضغط قبل الولادة بأيام كثيرة . ويُميَّز الاستسقاء الأمنيوسى عن الاستسقاء الزقى والأكياس المبيضية بظهور علامات الحمل المهبلية والبطنية وبالتاريخ .

المعالجة — اذا كان الاستسقاء خفيفاً يربط البطن بحزام بطنى مدة الحمل . أما اذا ظهرت أعراض ضغط على القلب فالأفضل تحريض الولادة

المعجّلة . أما مدة الولادة فالواجب الاّ يسمح لجيب المياه بأن ينفجر من نفسه، لانه اذا حدث ذلك فمن سرعة نزول السائل الأمنيوسى قد يسقط الحبل السرى ، وقد يصير المجىء معيباً . وعلى ذلك فالواجب انه متى تمدد العنق تمدداً كافياً وتأكدنا أن المجىء بالرأس أو بالمقعدة نُدخل يداً فى المهبل وندفع أصبعين بين الرحم وجيب المياه ، ثم نمرر بين الأصبعين مسبراً معقماً ونخرق به جيب المياه فى أعلى نقطة ممكنة لنضمن تصريف السائل تدريجياً .

﴿ نقص كمية السائل الأمنيوسى ﴾

قد تكون كمية السائل الأمنيوسى قليلة جداً فينشأ عن ذلك التصاق الغشاء الأمنيوسى ببعض أجزاء الجنين . فمتى نما الجنين فقد تنجذب هذه الالتصاقات فتحيط بأحد أطراف الجنين وتَبْتُرُه . وبسبب نقص السائل تكون حركات الجنين مدة الحمل مؤلمة جداً للأم . ولعدم تمدد العنق بجيب المياه تطول الولادة وتعسُر.

﴿ الأشكال غير الطبيعية للمشيمة والحبل السرى ﴾

قد يتغير شكل المشيمة وحجمها ووضعها . وقد يتغير أيضاً طول الحبل السرى ومحل اندغامه . وأهم هذه التغيرات هى : —

(١) المشيمة الغشائية — وفيها تكون المشيمة كبيرة الحجم ورقيقة جداً حتى انها قد تغطى كل السطح الباطن للرحم.

(٢) المشيمة الاضافية — وفيها يكون موجوداً علاوة على المشيمة الأصلية مشيمة أو مشيمتان اضافيتان تتصلان بالمشيمة الأصلية ببعض الأوعية الدموية . وكثيراً ما يحدث ان هذه المشيمات الاضافية تبقى فى الرحم

بعد تخلُّص المشيمة الأصلية فيتسبب عن ذلك حدوث النزف بعد الولادة أو حدوث الامتصاص العفن .

(٣) فى بعض الأحوال يندغم الحبل السرى بالقرب من حافة المشيمة وليس فى وسطها .

وكثيراً ما يُشاهَد فى المشيمة سكتات بيضاء قد تكون كثيرة العدد فتكوّن دائرة بيضاء حول المشيمة ، وقد يوجد فى المشيمة اكياس صغيرة أو رسوبات كلسية . وهذه كلها لا ضرر منها على الجنين الاّ اذا حدثت بدرجة تعطل الدورة المشيمية .

(٤) **الاندغام المعيب للمشيمة** – تندغم المشيمة عادة إما على السطح المقدم أو الخلفى لتجويف الرحم بحيث تكون حافتها السفلى بعيدة عن الفوهة الباطنة بخمسة أو عشرة سنتيمترات . فان اقتربت الحافة السفلى للمشيمه من الفوهة الباطنة بحيث تتمزق المشيمة عند تكوّن القسم السفلى للرحم وتَمَدُّد العنق فى الولادة فالاندغام معيب .

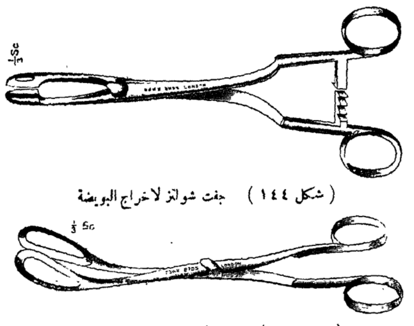
(٥) **المشيمة الزهرية** — وهى اكبر حجماً وأبهت لوناً من المشيمة الطبيعية . ويكون نسيجها ضخماً رخواً سهل التفتت زيتى الملمس . واذا عمل منها قطاع مكرسكوبى أمكن العثور بعد الفحص الدقيق على سبيروكيت الزهرى

(٦) فى بعض الاحوال لا تنضم الأوعية المكونة للحبل السرى بعضها على بعض على سطح المشيمة، بل تسير منفردة الى مسافة طويلة أو قصيرة قبل ان تنضم بعضها على بعض. وهذا يجعلها شديدة التعرض للتمزق بعد انفجار الجيب فتسبب وفاة الجنين .

الفصل السابع عشر

﴿ الاجهاض والسِقط والولادة المعجلة ﴾

عند ما تدخل البويضة الملقَّحة تجويف الرحم تنغرس فى غشائه المخاطى الذى يسمى الآن الساقط. ومتى انغرست البويضة يحدث تغيُّر فى تركيب الغشاء ينحصر فى أن خلاياه السطحية تتفرطح بعد أن كانت اسطوانية. وتزداد كمية النسيج الخلوى التى بين الخلايا ويصير شكلها مغزلياً أو مُشعَّماً. والطبقة



(شكل ١٤٤) جفت شولتز لاخراج البويضة

(شكل ١٤٥) جفت لاخراج البويضة (داون)

السطحية من الساقط تسمى بالطبقة الكثيفة. وأما الجزء من الساقط الواقع بين هذه الطبقة وبين الرحم فيتألف على الغالب من الغدد الرحمية المتضخمة ويسمى بالطبقة الاسفنجية. والجزء من هذه الطبقة الذى يكون بين المشيمة والرحم هو الذى يحدث فيه انفصال المشيمة بعد الولادة. ويطلق على الغشاء الساقط أسماء مختلفة بحسب علاقته بالبويضة. فجزؤه الذى يبطن تجويف الرحم حتى الفوهة الباطنة يسمى بالساقط الحقيقى والجزء الذى يُغلِّف البويضة

يسمى بالساقط المغلِّف ، ولا يحتوى على غـدد رحمية ، والجزء الواقع بين البويضة والرحم يسمى بالساقط القاعدى . وقد علمنا مما سبق شرحه (انظر صفحة ٩٨) ان خلايا التروفو بلاست التى تحيط بالبويضة تختص بمقدرتها على اختراق الأنسجة الامية سواء كانت من خلايا الساقط أو من الأوعية الشعرية، بحيث تحدث فيها مسافات مملوءة بالدم تسمى بالجيوب الوعائية. وعلمنا أيضاً أن أزرار الخلايا التروفو بلاستية يتخللها أوعية شعرية من البويضة ، وان هذه الأزرار تسبح فى الجيوب الوعائية غير مفصولة عن الدم الا بطبقتين من الخلايا : الباطنة منها طبقة لانجهان والظاهرة السينسيشوم . وانه متى انتهت الخلايا الترفو بلاستية من اختراق الساقط تأخذ وظيفة اخرى وهى احداث التبادل بين دم الأُم ودم الجنين . وتسمى هذه الأزرار بالأزرار السلائية . وبعض هذه الأزرار يسبح فى الدم والبعض الآخر تتصل بأطرافه بالساقط القاعدى . وفى أول الأمر تكون الأزرار السلائية محيطة بالبويضة من كل جهاتها ، ولكن فى نهاية الشهر الثالث يضمر الجزء الذى فوق الساقط المغلف ويتكاثر الجزء الذى ينغرس فى الساقط القاعدى . ويُساعد فى تكوين المشيمة .

وقد يحدث أن تنقذف البويضة من الرحم قبل تمام تكوين المشيمة فيسمى ذلك اجهاضاً أو بعد تكوينها ويسمى سِقْطاً .

﴿ الاجهاض البويضى ﴾

الاجهاض البويضى هو انقذاف متحصل الحمل قبل تمام تكوين المشيمة اعنى قبل بداءة الشهر الرابع القمرى . وهو كثير الحدوث يحدث مرة فى كل ٢٠ حملاً .

أسبابه — — تنقسم الى ثلاثة اقسام : —

(ا) أسباب أمية .

(ب) أسباب أبوية .

(ج) أسباب بويضية .

(ا) **الأسباب الأمية** — من الواضح أن الأسباب الأمية هى أهم أسباب الاجهاض عموماً وذلك بسبب العلاقة الشديدة التى بين الام والجنين طول مدة الحمل . والأسباب الأمية تنقسم الى أسباب موضعية وأسباب عمومية .

(١) **الاسباب الموضعية** — أهمها الالتهاب الرحمى الباطنى، لانه يساعد على حدوث التهاب السواقط مدة الحمل . ثم الأوضاع المعيبة للرحم وعيوبه الخلقية ، والأورام الرحمية لانها كلها تمنع الرحم عن أن يتمدد التمدد الطبيعى المناسب لنمو الجنين . ثم الالتصاقات الحوضية ، والأورام البطنية والحوضية.

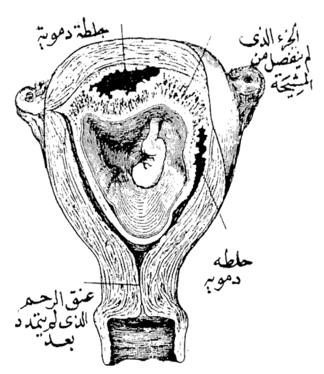
(٢) **الاسباب العمومية** — أهمها الزهرى ، فأمراض الكلى ثم أمراض القلب ، والبول السكرى وتَصَلُّب الشرايين . وهى إما أنهـا تميت الجنين مباشرة أو تُحدِث استحالات فى الأغشية والسواقط تسبب انفصال البويضة. وكذلك الحميات الحادة بأنواعها كالانفلوانزا والجدرى والحصبة والقرمزية والكوليرا والطاعون .

وفى بعض الأحوال قد يحدث الاجهاض بسبب تعاطى مقادير سامة من الأرجوتين أو الكينين أو من التسمم بحامض الكربونيك ، وكذلك من الاصابات العَرَضية كالضرب على البطن أو السقوط من محل مرتفع فانها تسبب انفصالاً فجائياً فى جزء من البويضة أو فيها كلها . وقد يحدث الاجهاض من ادخال آلات فى الرحم مثل المجس الرحمى . وفى هذه الأحوال قد يخرق المجس البويضة فيسبب الاجهاض، أو لا يخرقها بل يحدث التهاباً رحمياً عفناً يكون هو السبب فى حدوث الاجهاض فيما بعد . ويساعد أيضاً على حدوث الاجهاض

الجماع المتكررة والانفعالات النفسانية الشديدة .

(ب) **الأسباب الأبوية** — أهمها الزهرى لانه يميت الجنين .

(ج) **الأسباب البويضية** — أهمها الاستحالة المخاطية للسلى والاستسقاء الأمنيوسى .



(شكل ١٤٦) الاجهاض — المرحلة الاولى .

العنق منغلق والبويضة لم تنفصل تماما .

الأنواع — يوجد خمسة أنواع من الاجهاض : —

(١) الاجهاض الموشك .

(٢) الاجهاض العنقى .

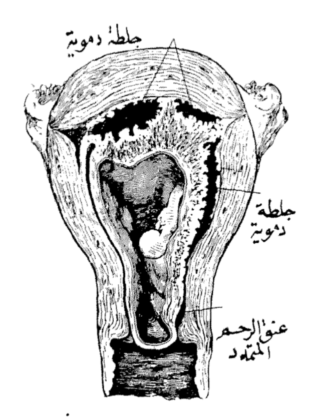
(٣) الاجهاض المتروك .

(٤) الاجهاض التام

(٥) الاجهاض الناقص .

(١) **الاجهاض الموشك** — اذا نزفت الحامل فى ثلاثة الأشهر الأولى

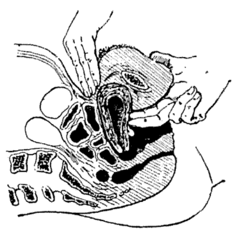
للحمل فقد يكون النزف منذراً بحدوث الاجهاض ، أو دليلاً على حمل خارج الرحم أو على وجود مول حويصلى أو على بوليبوس رحمى . فاذا كان منذراً بحدوث الاجهاض يكون مصحوباً بآلام مغصية مختلفة الشدة، واذا أجرينا فحصاً مهبلياً نجد العنق قصيراً نوعاً والفوهة الظاهرة متمددة .



(شكل ١٤٧) الاجهاض . المرحلة الثانية .
البويضة أوشكت تنفصل تماما والعنق متمدد (ادجار)

المعالجة — اذا نزفت الحامل فى شهورها الأولى وجب عليها أن تلازم الفراش حالاً . ثم تعطى من ١٠ — ١٥ نقطة من صبغة الأفيون لتخفيف الوجع الذى يصحب النزف و ٢٠ نقطة كل أربع ساعات من خلاصة الهدراستيس الكانادى لمساعدة ايقاف النزف . ومن التراكيب المفيدة سائل سدانس (Liquor Sedans) يعطى منهُ ملء ملعقة بن كل ٤ ساعات . ويجوز أيضاً اعطاؤها من جرامين الى أربعة جرامات فى اليوم من لبنات الجير

محلولة فى مقدار مناسب من الماء لمساعدة تجمد الدم وايقاف النزف . فان تحسنت الحالة يظهر أثر العلاج فى تغيّر لون الدم . فبدلاً من أن يكون أحمر وهو لون الدم وقت نزفه يأخذ لوناً داكناً . ثم يأخذ فى القِلّة حتى ينقطع تماماً .



(شكل ١٤٨) قذف البويضة بالضغط المزدوج (چلت)

وتنقسم أحوال الاجهاض الى قسمين : قسم يستدعى المعالجة الطبية وقسم يستوجب التدخل فى انهاء الحمل .

(١) أما القسم الذى يستدعى العلاج الطبى فهو الذى لا يكون النزف فيه مهدِّداً لحياة المريضة أو مسبباً لانحطاط كبير فى صحتها فيما بعد .

ولا يجوز اعتبار كل نزف يحدث مدة الحمل المبتدىء دليلاً على وجوب التدخل ، فقد لا يكون النزف آتياً من الرحم بل من بوليبوس فى العنق أو من سرطان . وقد يأتى النزف من الرحم ولكن لا يكون سببه انفصال البويضة بل التهاب الغشاء الساقط أو من احتقان الرحم بسبب مرض فى القلب أو فى الكبد . وقد يكون النزف بسبب انفصال جزئى فى بعض أجزاء البويضة أو الساقط ومع ذلك تشفى الحالة ويتم الحمل وينتهى بولادة جنين حى تام المدة . ومن المشاهد أنه قد يحدث نزف غير قليل مرة أو

اثنتين فى أوائل الحمل ، أو قد يحدث نزف قليل مستمر مدة اسبوعين أو أكثر ولا يضر بنهاية الحمل. ولا يُعتبر النزف نذيراً بحدوث الاجهاض الاّ اذا اصطحب بطلق وتمدد فى الفوهة وظهور جزء من البويضة فى فوهة العنق .

فاذا انقطع النزف وبقيت البويضة فى الرحم تلازم المريضة الفراش لمدة خمسة أيام بعد انقطاع الدم والألم . وتجب مقاومة الامساك الذى يكثر حدوثه فى هذه الأحوال بالمليّنات مثل ملح الفواكه (Eno's fruit salt) أو زيت خروع ٤ جرام فى فنجال قهوة كل ساعتين . ويستحسن عدم عمل الحقن الشرجية لأنهـا تحرّض انقباض الرحم . واذا كان الرحم منثنياً الى الوراء يُحتال على عدله الى الأمام والمريضة فى الوضع الركبى الصدرى بدون استعمال شدة ، ثم توضع فرزجة مناسبة (انظر شكل ١٤٢) .

أما اذا انقذفت البويضة تماماً أى تمّ الاجهاض فتلازم المريضة الفراش اسبوعاً أو الى أن ينقطع السائل النفاسى . ويوضع على الفرج أحفظة معقمة كما يعمل فى الولادة الطبيعيـة ويلاحظ تحريك الامعاء بانتظام وتهوية الغرفة. واذا تبع الاجهاض التام ألم تُعطى المريضة كمية كافية من الارجوتين . ولا يجوز عمل زروقات مهبلية ولا جس مهبلى الاّ عند اللزوم .

الأحوال التى يجب فيها التداخل وافراغ الرحم : —

(١) اذا فقدت الحامل مقداراً من الدم يخشى منه على سلامتها .

(٢) اذا نزل جزء من البويضة فى عنق الرحم وانفجر الجيب ووقف الطلق وخيف من التعفن .

(٣) اذا انفصلت البويضة من الرحم ، ومرّت من الفوهة الباطنة وانحجزت فى تجويف العنق (الاجهاض العنقى) .

(٤) اذا وُلِد الجنين وبقيت المشيمة كلها أو بعضها فى الرحم (الاجهاض الناقص).

(٥) اذا مات الجنين وبقى فى الرحم. وتشخيص ذلك قد يكون من الصعوبة بمكان لأن ضربات قلب الجنين لا تسمع قبل الشهر الخامس. ولكن يستدل على الوفاة بوقوف الرحم عن النمو وحدوث أنزفة متكررة ونزول افرازات سمراء اللون وظهور أعراض الامتصاص العفن.

طرق اخلاء الرحم — اذا عوّل الطبيب على التداخل لاخلاء الرحم بسبب اشتداد النزف فالغالب أن يكون العنق متمدداً بحيث يسع أصبعين. أما اذا كان العنق منقبضاً فالغالب أن النزف ليس شديداً الى درجة تستوجب اخلاء الرحم. ولكن قد تطرأ أعراض خطرة تستوجب التدخل والعنق لا يزال منقبضاً. وعلى ذلك فسنتكلم على كيفية اخلاء الرحم فى الحالتين:

(١) *اذا لم يكن العنق متمددا* — اذا لم يسمح العنق بدخول الأصبع يمدد بممددات فرومر وتكحت البويضة بالطريقة الآتية:

تحضير المريضة — فى الوقت الذى تحضر فيه الآلات يعمل للمريضة حقنة شرجية.

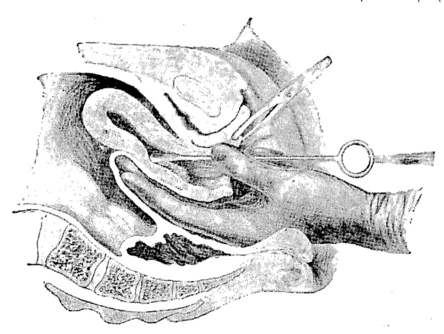
وضع المريضة — تضّجع المريضة على ظهرها فى الوضع المستعرض بحيث تكون وَرِكاها على حرف السرير ويوضع تحتها مشمع (ماكينتوش) يتدلى طرفه السفلى فى اناء (جردل). ثم تُسند قدماها على كرسيين أو يكلف مساعدان بحفظ ساقيها منثنيين على فخذيها، وفخذيها منثنيين على بطنها ومفحجتين (مُبَعَّدَتين) ما أمكن.

التبنيج — اذا كانت المريضة عصبية المزاج أو بكرية الحمل فيحسن تبنيجها بالكلوروفورم.

الآلات — الآلات التى تلزم هى زارق مهبلى ومبسم، وقثطرة مثانية، وقثطرة بوزمان، وملعقة رايتشتادر الكالّة، ومنظار خلفى، وجفت ذو مشبكين وجفت بوزمان لسد تجويف الرحم، وعلبتان من الشاش اليودوفورمى .

تطهير المريضة ويدى الطبيب — يطهّر الطبيب يديه بغسلهما بالمسفرة والصابون فى اناء يحتوى على محلول الليزول المحضّر بنسبة ١ الى ٢٠٠ . وفائدة الليزول تعقيم الماء المستعمل للغسيل . ولكنه لا يكفى لتطهير اليدين غمرهما فى الليزول مهما طال وقت الغمْر، بل يجب دلكهما جيداً بالمسفرة (الفرشة) والصابون بعد تقليم الأظافر . ويستمر الطبيب فى الدلك بالمسفرة مدة ١٠ دقائق مبتدئاً بالأصابع وبالأخص أطراف الأظافر ثم يدلك اليدين والساعدين الى المرفقين ثم يلبس بعد ذلك قفازاً عقيماً ويبدأ فى تطهير الفرج، فيسد فوهة المهبل بقطعة من القطن العقيم. وبعد ازالة الشعر يغسل الفرج جيداً بواسطة الصابون وقطع من القطن مغموسة فى محلول الليزول مدة ٥ دقائق. ويُحاذَر من استعمال قطعة القطن التى تلامس فتحة الشرج فى غسل الفرج لأنها تنقل له مكروبات كثيرة . وبعد ذلك يسلِّط على الفرج مبسم الزارق ويغسله جيداً بمحلول الليزول . ثم يرفع السدادة من فوهة المهبل ويدخل أصبعين فى المهبل هادياً عليهما مبسم الزارق مع قطعة صابون صغيرة . وفى أثناء الزرق يرغو الصابون جيداً على جدر المهبل ملاحظاً قعور الأكياس وثنايا المهبل . ومتى انتهى الطبيب من تطهير المريضة يقثطر المثانة ثم يغطى المريضة بفوط معقمة ان أمكن. ثم يلبس قفازاً جديداً ويبدأ فى العمل فيضع فى المهبل منظاراً خلفياً ويجذب العنق الى أسفل بواسطة جفت ذى مشبكين ثم يمدد العنق بممددات هيجار الى أن يصل لرقم ١٤ ثم يدخل ملعقة رايتشتادر بعد ايصالها بالزارق. ثم يأخذ فى كحت البويضة وسواقط الرحم . وفى بعض الأحوال يضطر

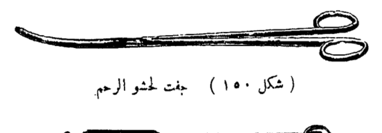
الطبيب أولاً الى اخراج ما يمكن اخراجه من البويضة بجفت مخصوص (شكل ١٤٤) ثم يبدأ بعد ذلك فى الكحت سائراً فيه بترتيب مبتدئاً بالجدار المقدم ثم الخلفى ثم الجانبين . وليحاذر من التمادى فى الكحت خوفاً من كحت



(شكل ١٤٩)

يوضح مراقبة الكحت بوضع أصبعين وراء الرحم فى قعر الكيس الخلفى .

الطبقة العضلية . نعم أن ذلك متعذر لكون ملعقة راينشتادر كالّة ولكنه يحدث لو استعمل الجراح شدة غير محمودة فى الكحت . وقد ينشأ عن استعمال الشدة ثقب الرحم الذى قد يؤدى الى دخول مقدار كبير من السائل المستعمل

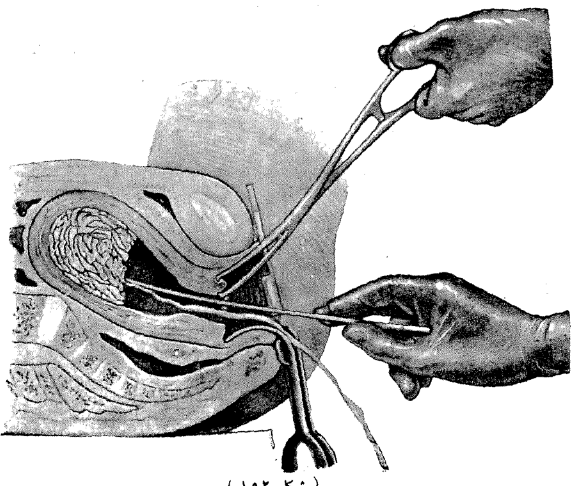


(شكل ١٥٠) جفت لحشو الرحم

(شكل ١٥١) ملعقة راينشتادر

للغسيل فى البريتون فيحدث تسمماً ، وقد يسبب نزفاً مميتاً لو اخترقت الملعقة وعاءً كبيراً . وليراقب الجراح رجوع ماء الزرق من فوهة العنق لأنه أن تمدّد

الرحم بالماء يدخل بعضه الى بوقى فاللوب ويحدث اعراضاً ثقيلة . فاذا وجد أن الماء لا يعود من العنق يُخرج الملعقة فقد تكون منسدة بكتلة دموية ، أو يكون العنق منقبضاً . فان كان الأخير يوسعه بممددات . وان كان الأول يهز الملعقة هزاً عنيفاً فتخرج الكتلة . ومتى تمّ الكحت يضغط قاع الرحم بيد فى قعر الكيس المقدم وأخرى على البطن لعصر الكتل الدموية . فاذا اتفق



(شكل ١٥٢)
سد الرحم فى أحوال النزف بعد الولادة أو الاجهاض (ايدن) .

أن النزف لم يقف فالواجب أن يسد الرحم بالشاش اليودفورمى . ولعمل ذلك يؤتى بلفة الشاش ويُمسك طرفها بجفت بوزمان ويُدخَل الى أقصى قاع الرحم ثم يفتح الجفت قليلاً ويسحب الى أسفل ويُمسك الشاش مرة أخرى ويدفع الجفت الى أعلى . ومتى انسد تجويف الرحم تماماً يترك ما بقى من

الشاش حول عنق الرحم . ثم يوضع غيار عقيم على الفرج بعد رفع الجفوت والمنظار وتعاد المريضة الى وضعها الأصلى على الفراش .

(٢) **اذا كان العنق متمدداً بحيث يقبل دخول أصبعين** — فى هـذه الحالة تضجع المريضة على ظهرها فى ذات الوضع السابق ذكره فى عملية الكحت . وتطهر اليدان وفرج المريضة ومهبلها بالطريقة السالفة الذكر .

ثم يدخل الطبيب يده فى المهبل وأصابعه مجتمعة بعضها الى بعض على شكل قمع . فان لم يسع المهبل دخول اليد كلها يجوز أن يُبقى الابهام خارجاً . ثم توضع اليد الأخرى على البطن لتثبيت الرحم ولدفعه الى أسفل لتصل اليه أصابع اليد التى فى المهبل . ثم تولج السبابة والوسطى فى العنق وتُفصل البويضة والأغشية من الرحم تماماً بحيث لا يُترَك شىء منها ملتصقاً بالرحم . ثم تُخرَج الأصبعان من العنق وتوضعان فى قعر الكيس المقدَّم . ويعصر الرحم بين اليد المهبلية واليد التى على البطن فتنقذف البويضة الى المهبل . ويحسن بعد ذلك ادخال أصبع فى العنق وفحص التجويف الرحمى لعل بعض الأغشية يكون لايزال ملتصقاً فيه . فان كان ذلك تفصل الأغشية وتُخرَج من العنق ثم يعصر الرحم لطرد الجلط الدموية . أما اذا وُجد الرحم منثنياً الى الوراء فالواجب عدله الى الأمام أولاً .

سد العنق والمهبل — فى الأحوال التى يحدث فيها نزف شديد يخشى منه على حيـاة المريضة ولا يكون مع المولّد الآلات اللازمة لتمديد العنق يوضع منظار خلفى فى المهبل ويُجذب العنق الى أسفل بجفت ذى مشبكين . ثم يدفع شريط من الشاش اليودوفورمى أو المغموس فى جلسرين الأكثيول ويسد العنق سدًّا متيناً ، ثم تسد قعور الأكياس (الردوب المهبلية) وباقى المهبل بالشاش اليودوفورمى . وفى الأحوال التى لا يستطاع فيها سد

العنق يكتفى بسد قعور الأكياس سداً متيناً ، وسد المهبل سداً عادياً . وتؤثر السدادة المهبلية كجسم غريب يُحرّض انقباض الرحم بالتأثيرات المنعكسة ، وهذه الانقباضات تفصل البويضة . وعند رفع السدادة بعد ١٢ ساعة يكون العنق قد تمدد تمدداً كافياً لفصل البويضة بالأصبع ، اذا لم تكن قد نزلت فى المهبل .

والسد المهبلى كثيراً ما يسبب تعفناً فى الرحم لأن الدم الذى ينزل من العنق ويتجمع فوق السدادة يتعفن وتصل العفونة منه الى الرحم . ولذلك فلا يجوز استعمال السدادة الاّ فى أحوال نادرة .

(٢) **الاجهاض العنقى** — ويطلق على الأحوال التى تترك فيها البويضة الرحم وتنزل الى تجويف العنق . وبسبب عدم تمدد الفوهة الظاهرة تمدداً كافياً ، ولكون الفوهة الباطنة تنقبض أيضاً بمجرد مرور البويضة منها ، تصبح البويضة محصورة فى تجويف العنق .

المعالجة — اذا لم يمكن تمديد العنق وفصل البويضة يُعمل شقان جانبيان فى الفوهة الظاهرة حتى يصير اتساعها كافياً لمرور البويضة . ثم يضغط على البويضة حتى تنقذف وأخيراً تُخاط الشقوق .

(٣) **الاجهاض المتروك** — ويطلق على الأحوال التى تموت فيها البويضة ولكنها مع ذلك لا تخرج من تجويف الرحم بمجرد موتها بل تبقى فيه جملة أسابيع أو شهور .

الأعراض — تظهر على المريضة أعراض الحمل فى الأشهر الأولى ويكبر حجم الرحم . ثم تزول أعراض الحمل ويأخذ حجم الرحم فى التناقص . وفى الأحوال التى يتمزق فيها جيب المياه يتعفن الجنين وينزل من الرحم سوائل دموية .

المعالجة — تمديد العنق واخلاء الرحم بالأصبع أو الملعقة .

(٤) **الاجهاض التام** — وفيه تنزل البويضة بأكملها ولا يحتاج لمعالجة ما.

(٥) **الاجهاض الناقص** — وفيه ينزل جزء من البويضة ويبقى جزء في الرحم .

المعالجة — تنحصر في فصل الجزء الباقي من البويضة واخراجه من الرحم. فاذا وجدنا بالضغط على قاع الرحم بأصبع في قعر الكيس المقدم وباليد الاخرى على البطن أنه يمكن قذف البويضة بفعل ذلك والاّ فالمعالجة تختلف بحسب تمدد العنق . فان كان العنق متمدداً بحيث يقبل الأصبع ندس أصبعاً داخل الرحم ونفصل به الجزء الباقي من البويضة ثم نضغط الرحم حتى ينقذف . فان لم يكن العنق متمدداً نكحت الرحم بملعقة رايتشتادر الكالّة . ولا يجوز استعمال الملعقة الحادة خوفاً من كحت الألياف العضلية مع بقايا البويضة. ومتى انتهينا من ذلك نسد باطن الرحم بشاش اليودوفورم . وبعض المولدين ينصح بسد المهبل بالشاش اليودوفورمى فى أحوال الاجهاض الناقص. وهى معالجة رديئة جداً لا يجوز اتباعها فى حال من الأحوال .

التشخيص التفريقى — يلتبس الاجهاض الموشك بالحمل خارج الرحم وسيذكر الفرق بينهما عند الكلام على الحمل خارج الرحم . أما تشخيص الأنواع المختلفة من الاجهاض فتقوم بفحص المواد التى نزلت من الرحم . فاذا لم نجد غير كتل الدم فالغالب أن الحالة حالة اجهاض موشك . أما اذا وجدنا بعض أجزاء من البويضة فالاجهاض ناقص ، وان وجدنا البويضة بأكملها فالاجهاض تام . هذا فى الأحوال التى تحفظ فيها الأهالى كل ما ينزل من الرحم ، أما اذا لم نجد شيئاً منها فلا يساعدنا على التشخيص الا الفحص المهبلى . وتوجد نقطتان فى الفحص المهبلى تساعداننا كثيراً فى التشخيص : —

(١) شكل الجزء المهبلى للعنق .

(٢) استمرار النزف .

(١) أما شكل العنق فيختلف كثيراً بحسب ما اذا كان الاجهاض قد تم أم لم يتم . ففى الاجهاض التام أى الذى تكون فيه البويضة قد تركت الرحم يكون شكله قمعياً قاعدته الى أسفل عند الفوهة الظاهرة وقمته لأعلى عند الفوهة الباطنة . وذلك لأنه متى انقذفت البويضة تنقبض الفوهة الباطنة ولا تكون الفوهة الظاهرة قد انقبضت بعد . أما اذا كانت البويضة لم تخرج فشكل العنق يكون قمعياً أيضاً انما قاعدته تكون الى أعلى وقمته الى أسفل . وذلك لأن وجود البويضة فى العنق يمدد الفوهة الباطنة فى حين أن الفوهة الظاهرة لا تزال مُغلَقة .

(٢) اذا انقطع النزف وكانت الفوهة الباطنة مُغلَقة فالغالب ان الاجهاض تام . أما اذا استمر النزف أو وُجِد افراز دموى فالغالب أن الاجهاض ناقص . وفى هذه الأحوال يلزم تمديد العنق وفحص باطن الرحم للتأكد من التشخيص وللمعالجة .

﴿ الاجهاض الجنينى أو السقط ﴾

ويطلق على الأحوال التى تنقذف فيها البويضة بعد تمام تكوين المشيمة ولكن قبل أن يكون الجنين قابلاً للحياة ، اعنى قبل الأسبوع الثامن والعشرين . وهذه الأحوال شبيهة فى أعراضها وسيرها بالولادة الطبيعية . لأنه قبل تكوين المشيمة يكون كل سطح البويضة ملتصقاً بتجويف الرحم بالتصاقات وعائية فاذا انفصل جزء منها تسبب عن ذلك نزف شديد . أما بعد الشهر الرابع فتكون المشيمة هى الصلة الوعائية الوحيدة بين الجنين والرحم . ولذلك فلا تصطحب هذه الأحوال بالنزف الا فى أحوال قليلة .

الأسباب – هى ذات أسباب الاجهاض البويضى .

المعالجة – مثل الولادة الطبيعية . فاذا ولد الجنين ولم تنزل المشيمة بعد مضى المدة القانونية نضغط قاع الرحم بيد فى المهبل والاخرى على البطن . فان لم تنفصل المشيمة نفصلها بالأصبع .

﴿ وفاة الجنين بعد الشهر الخامس ﴾

كيف نشخص وفاة الجنين بعد الشهر الخامس ؟ – اذا شعرت الأم بأن حركة الجنين انقطعت ، فلا يجوز أن يؤخذ ذلك وحده دليلاً على وفاة الجنين بل يجب عمل التسمع المتكرر على بطن الأم فان لم تسمع ضربات القلب بعد التسمع فى مكان هادئ وكُرِّر ذلك على مدة أربعة أيام فالغالب ان الجنين ميت . ولكن لا يجوز تحريض الاجهاض لمجرد تشخيص الوفاة وذلك للأسباب الآتية :

أولاً – لأنه يجوز أن نكون مخطئين فى الحكم ، (ثانياً) لأنه لا خطر من الانتظار ما دامت لم تظهر أعراض امتصاص عفن . ويجب عمل مقاييس اسبوعية لمدة شهر تقاس بها المسافة بين قاع الرحم والنتوء الخنجرى ، وبينه وبين العانة . وكذلك حول خصر الحامل فى النقطة الأكثر ارتفاعاً على الخط بين العانة والسرة . ففى أحوال وفاة الجنين تبقى هذه المقاييس على حالها أو يقصر طولها . ولا خوف من حدوث ضرر للأم من بقاء الجنين ميتاً فى بطنها ما دامت لم تحدث أعراض امتصاص عفن . أما اذا حدث امتصاص عفن اعراضه ارتفاع الحرارة وسرعة النبض ونزول افرازات سمراء والشعور بطعم كريه فى الفم وارتخاء الثديين والقيء وظهور الزلال فى البول ، أو اذا انفجر جيب المياه وتعفن الجنين فالواجب اخلاء الرحم بلا ابطاء .

كيف نخلى الرحم ؟ — لذلك طريقتان الاولى بالتمديد القهرى بممددات فرومر وتستعمل فى الأحوال العفنة والثانية التمديد التدريجى بأقلام اللاميناريا (الأشنة) ويعمل فى الاحوال غير العفنة .

ويجب فى ملاحظة التمديد بممدد فرومر أن يعمـل التمديد بغاية البطء وغالباً لا يمكن تمديد العنق تماماً فى أقل من ساعة . ومتى تم التمديد ندخل أصبعان فى الرحم ويعمل التحويل ، ويستخرج الجنين . فان وجدت صعوبة فى خروج الرأس يثقب بجفت شريانى ويفتت بجفت البويضة ان كان صغيراً أو بالمفتت ان كان كبيراً .

وفى تمديد العنق بأقلام اللاميناريا يجب ادخال جملة أقلام صغيرة عقيمة بدلاً من ادخال قلم واحد كبير خوفاً من صعوبة اخراجه متى انتفخ . ولادخال أقلام اللاميناريا تطهَّر أعضاء التناسل تطهيراً دقيقاً ، ويوضع منظار خلفى ، ويجذب العنق الى أسفل بجفت ذى مشبكين ويُدخل فيه أكبر عدد ممكن من الاقلام العقيمة . ويلاحظ أن تكون أطرافها الظاهرة بارزة من العنق ونهاياتها الباطنة لا تتعدى الفوهة الباطنة الأ قليلاً . وتباع هذه الاقلام جاهزة فى أنابيب مغلقة أو تعقَّم بغمرها فى كُحُل السليمانى ١ فى ١٠٠٠ لمدة اسبوعين . ثم تعمل سدادة مهبلية وبعد أربع وعشرين ساعة تُرفع السدادة ، وتُنْزَع الاقلام بالجذب على الخيط الذى يكون مربوطاً فى أطرافها . ومتى خرجت نجدها قد امتصت سوائل من العنق وتضخمت حتى بلغت ضعفى حجمها الأصلى . ويؤدى هذا التضخم ، ليس فقط الى تمديد العنق بل الى ازدياد ليونته بحيث يسهل تمديده بالأصبع . وفى أغلب الأحوال يتحرض المخاض ذاتياً ، وتنتهى الولادة بلا مساعدة . فاذا لم يتحرض المخاض تُدخل اليد كلها فى المهبل وتولج السبابة فى العنق ثم الوسطى ، ويجتهد فى توسيع العنق بهما ومتى اتسع العنق

يحاول أيضاً ادخال الابهام أيضاً . ثم يعمل التحويل ويُخرَج الجنين . فاذا وُجدت صعوبة فى جذبه يجوز امساكه بجفت البويضة (شوتز) ثم يُخرَج من العنق . فان انفصل جزء منه يمسك جسم الجنين عند أعلا الجزء الذى انفصل وهكذا الى أن يتخلص . واذا لم تنزل المشيمة حالاً فالأفضل تخليصها باليد . واذا لم ينقبض الرحم جيداً بعد خروج المشيمة فالأفضل سده بالشاش اليودفورمى .

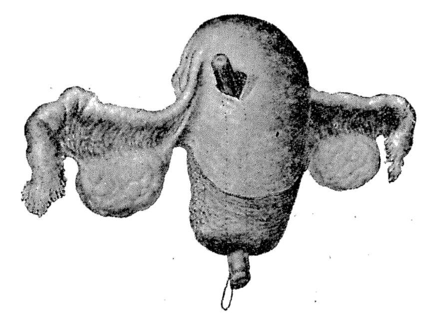
﴿ الاجهاض المتكرر ﴾

المعالجة الواقية — لما كانت أغلب أحوال الاجهاض مسببة عن أمراض إما موضعية أو عمومية ، فمن المنتظر تكرار حدوث الاجهاض ما دامت هذه الأمراض باقية ، وهذا هو الواقع . ولذلك يجب فى أحوال الاجهاض المتكرر فحص الدم بتفاعل فاسرمان . ليس دم الأم فقط بل ودم الأب ، واذا تيسر أيضاً دم الطفل الذى يولد ميتاً . وفى ٨٠ ٪ من أحوال الاجهاض المتكرر نجد ان السبب هو الزهرى أى يكون التفاعل ايجابياً + أو + + أو + + + . أو قد يكون التفاعل فى دم الأم سلبياً ولكن تفاعل دم الأب ايجابى . وسواء كان دم الوالدين ايجابياً أو واحد سلبى والآخر ايجابى تجب معالجة الاثنين بحقن الزئبق الاسبوعية ، وان أمكن فبمحضَّرات السلفرسان (٦٠٦) أيضاً . أما تعاطى يودور البوتاسيوم وحده مدة الحمل فيفيد فقط فى الأحوال المزمنة . ويستحسن أن يصطحب بالزئبق . وغالباً يولد الطفل الذى يحدث العلاج فى أثناء الحمل به حياً . ولكن للتأكد من ولادة جنين حى يجب أن يتم العلاج قبل الحمل . أما الأحوال التى سببها التهاب رحمى باطنى فتعالج بالكحت وانثناآت الرحم بتقصير الأربطة المبرومة ، والأورام الليفية الصغيرة بالقلع (Enucleation) . والأحوال التى سببها الالتهابات الكلوية تعالج

بملاحظة الحمية عن المأكولات الزلالية بمجرد ظهور الزلال فى البول . وفى هذه الأحوال يجب تحليل البول اسبوعياً من أول الحمل .

✻ الاجهاض الجنائى ✻

هو تحريض الاجهاض بلا مسوغ طبى — وهو كما يستدل من اسمه جناية يعاقب مرتكبها بالحبس لغاية سبع سنوات . ويدخُل فى حكم المُجْهِض اجهاضاً جنائياً كل من يشير أو يصف دواءً بقصد تحريض الاجهاض بلا مسوغ طبى . ولا شىء أضرَّ على سمعة الطبيب أو الحكيمة من أن يُعْرَف



(شكل ١٥٣) انثقاب الرحم بقلم أشنة (لامناريا) فى حالة اجهاض جنائى .

عنه أنه يساعد على تحريض الاجهاض . وليعلم الطبيب المبتدئ أو الحكيمة أنَّ توسُّلات المريضة التى تحمل سفاحاً ، أو دموع والديها ليست مبرِّراً لارتكاب جناية . فان انقاذ شرف عائلة لا يمكن أن يأتى من سبيل قتل نفس بريئة . والطبيب الذى يقدم على ذلك يعتبر مجرماً أمام القانون ، ساقط الشرف والذمة فى عينى نفسه وأمام جميع الذين يعرفون ذلك عنه . والعائلة التى تطلب أن يُنقذ شرفها بقتل جنين برىء فى احشاء احدى بناتها لا يمكن

أن يكون لها شرف حقيق . لأن الشرف وجريمة القتل لا يتفقان . والام التي ترغب فى قتل جنينها معتذرة بأن عمره أيام قليلة ، وأنه لا يمكن أن يكون له حياة خاصة به مخطئة فى مدّعاها فان المُضغة تكون حية من أول يوم تلقيح البويضة ولولا ذلك ما نمت .

ولكن هناك أحوالاً تُرْبك الطبيب كثيراً . فقد يُدْعَى الى مُجْهَضة حاولت هى أو قابلتها أو طبيب مجرم تحريض اجهاضها فلم يُفلِح . وصارت البويضة عَفِنةً ، وأُصيبت الأُم بحمى النفاس ، فلا يدرى الطبيب السبيل الذى يجب اتباعه فى هذه الظروف . والقوانين الطبية كثيرة التباين والتناقض فى هذه النقطة فيما يتعلق بالسر الطبي . أما الطريقة المثلى فهى أن لا يقبل الطبيب علاج مريضة عَلِم أن اجهاضها جنائى الاّ اذا أخذ تصريحاً بأن يُبلّغ الحادثة للبوليس . ومتى فعل ذلك فله الحق أن يجرى العمليات التى يراها مناسبة للحالة . واذا توفيت المريضة بعد ذلك فلا يعطى شهادة الوفاة الاّ بعد اخطار البوليس . واذا ساءت حالة المريضة فعليه أن يساعد على اخطار النيابة لأخذ أقوال المريضة قبل أن تفقد رشدها . وفى كل الأحوال يجب أن يشرك معه فى العلاج طبيباً آخر حتى لا يقع عليه لوم ولا يُعطِى فرصة لأرباب السوء لتسوئ سمعته .

أما الطرق التى تفعلها الحامل اذا أرادت التخاص من حملها بنفسها فهى غالباً أنها تضع فى عنق الرحم عود كبريت ، أو ساقاً من الملوخية . أما اذا لجأت الى مولّدة خَربة الذمة من اللواتى اتخذن هذه الحرفة صناعة لهنّ فالغالب أن تضع عوداً من اللاميناريا فى العنق أو تدخل مِجَساً فى الرحم . وعادة تنتهى هذه المداخلات باحداث احدى النتائج الآتية :

(١) احداث التهاب ساقطى عفن . (٢) خرق البويضة . (٣) ثقب

الرحم . (٤) احداث تسمم دموى حاد (سپتسيميا) . أما الأحوال التى لا تُخرق فيها الأغشية فيجوز أن لا تنتهى بالاجهاض ، أو لا يتحرض فيها الاجهاض الا بعد اسبوع أو اثنين . ولكن ينشأ عن العفونة التى تصيب الرحم تسممات حادة تنتهى بوفاة المريضة . وكثيراً ما شاهدنا أحوالاً خُرِق فيها الرحم وحدث التهاب بريتونى حاد اودى بحياة المريضة انظر شكل ١٥٣. وفى بعض الأحوال يُمَزّق المجس الشريان الرحمى فى أثناء انغراسه فى جسم الرحم فيسبب نزفاً قتالا . وأغلب الأحوال التى تصادف الطبيب من هذا النوع هى الأحوال التى يحدث فيها تسمم حاد ولا يزال الجنين موجوداً فى باطن الرحم. ويصعب فى هذه الأحوال البت فى نوع العلاج الذى يتبع فان اخلاء الرحم لا يؤدى الى شفاء المريضة لأن العدوى تكون حينئذٍ فى الدم، وليست فى الرحم وحده . وأما اذا نزلت سوائل متعفنة من الرحم فالواجب اخلاؤه على أمل أن تكون العدوى موضعية . واذا لم ينزل من الرحم افرازات تُعالج المريضة بملازمة الفراش فى وضع فولر (مضّجعة نصف اضّجاع) سائدة ظهرها على مسند ، وساقاها منثنيتان على فخذيها نصف انثناء وفخذاها منثنيتان الى بطنها قليلاً . وتعمل لها حقن ملحية شرجية ٥٠٠ جرام كل ٣ ساعات تعطى نقطة فنقطة حتى تُمتّص من المستقيم . ويعمل لها حقن جلوكوز تحت الجلد وتعالج معالجة الحمى النفاسية الحادة . فاذا مضى يومان ولم تتحسن الحالة فالأنسب اخلاء الرحم اذا شككنا فى أن البويضة متعفنة . وفى هذه الحالة يجب شدة الاحتراس من ادخال الملعقة فى الثقب الذى أحدثته آلة الاجهاض . وكذلك يلتفت الى كون الرحم الحامل المتعفن ضعيف الجدر يسهل ثقبه اذا استعملت أى شدة . فاذا حدث ذلك يجوز أن يخرج مع الملعقة عرى معوية .

الفصل الثامن عشر

﴿ الحمل خارج الرحم ﴾

الحمل خارج الرحم من الأمراض الشديدة الخطر ينتهى دائماً بوفاة الجنين وغالباً بوفاة الأم ان لم ينتبه اليه ويشخّص ويعالج فى الوقت المناسب . ولا يندر حدوث هذا الحمل الشاذ بقدر ما يُظَن بل ان صعوبة تشخيصه فى بعض أطواره وشدة التباسه بأمراض أخرى كثيراً ما تضلاّن الطبيب عنه.

ماهيته — الحمل خارج الرحم هو انغراس البويضة الملقّحة ، لا فى الرحم كما يجب ، بل فى بوق فالوب ، وهو كثير الحدوث ، أو فى المبيض وهو نادر أو فى البريتون وهو أمر مشكوك فيه . وقد يحدث الانغراس فى القرن الضامر من رحم ذى قرنين أو فى جزء البوق الواقع فى سمك الرحم . ولما كانت الأنواع الأخيرة شديدة الندور فسنهملها وسنجعل كلامنا مقصوراً على الحمل البوقى وخصوصاً لأنها لا تختلف عنه كثيراً فى نهاياتها وعلاجها

أطواره — من الوجهة الاكلينيكية يمكن تمييز أربعة أقسام للحمل الخارجى

(١) حمل خارج الرحم قبل انفجار البوق الحامل .

(٢) انفجار البوق الحامل وحدوث نزف باطنى شديد .

(٣) انفجار البوق الحامل وتكوّن قيلة دموية .

(٤) انفجار البوق واستمرار البويضة فى النمو إما بين طبقتى الرباط العريض أو فى تجويف البريتون .

أسبابه — يظهر ان الأسباب التى تحجز البويضة الملقّحة فى البوق هى وجود زدوب (قعور اكياس) غير طبيعية فى البوق تضل فيها البويضة ، أو وجود عائق فى البوق لا يسدّه تماماً بل يترك فيه سبيلاً كافياً لمرور الحيوان

المنوى ولكنه لا يسع البويضة الملقحة. والأحوال التى تجعل البوق يضيق بهذه الكيفية هى التهاب الغشاء المبطن للبوق ، أو انسداده الجزئى بالتصاقات التهابية ، أو وجود أورام صغيرة فى الطبقة العضلية . ولكن السبب الحقيقى لهذا المرض لا يزال مبهماً لأن كثيراً من الأبواق التى فُحِصت بعد العمليات لم يظهر فيها أثر لهذه الأسباب .

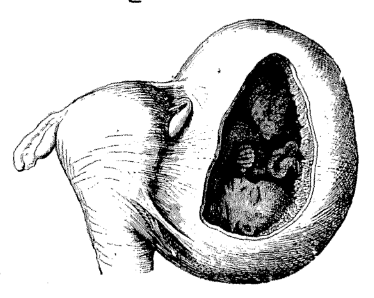
سيره — متى انغرست البويضة خارج الرحم فان كان الانغراس فى المبيض فانها لا تستمر طويلاً حتى تنفجر . وان كان فى البوق يأخذ فى النمو مطابقاً لنمو البويضة ، ويتكوّن من غشاءه المبطّن له ساقط يحيط بها . ولرقة هذا الساقط وضعفه تنفصل البويضة من البوق فى كثير من الأحوال مكوّنة لأنزفة شبيهة بالانزفة التى تحدث فى الاجهاض الرحمى . وتكرُّر حدوث هذه الانزفة حول البويضة يؤدى الى انفصالها وموتها ، وهذا شبيه لما يحدث فى الاجهاض المتروك . فان كان حجمها صغيراً فقد تمتص تدريجياً ، وان كان كبيراً فإما أن ينفجر البوق فتسقط فى البطن ، أو ان جدره ينقبض ويقذفها الى تجويف البطن (الاجهاض البوقى) ، أو قد تبقى فى البوق وتتقيح من وصول مكروبات التقيح أو السيلان اليها عن طريق الرحم ، أو وصول الباشلس القاولونى من الامعاء المجاورة .

وعادةً لا يستمر الحمل فى البوق أكثر من شهرين ثم ينفجر البوق بسبب ترقق جدره الناشىء من نخر الخلايا التروفوبلاستية ومن كبر حجم البويضة الى حدّ لا يتحمله البوق . ومتى انفجر البوق فأما أن يكون الانفجار فى تجويف البريتون وهذا يحدث فى أكثر من ٧٥٪ من أحوال الحمل البوقى ، وإماً أن يحدث الانفجار بين ورقتى الرباط العريض ويحدث ذلك فى أقل من ٢٥٪ من الأحوال . فاذا كان الانفجار فى البطن يحدث نزف شديد فى

تجويف البريتون ينتهى غالباً بوفاة الأم . غير أنه فى بعض الأحوال يتجمد الدم وتحيط الكتل بالبويضة مكوّنة لقيلة دموية . ويسمى هذا التمزق بالتمزق الأوّل . فان نجت الأم من تأثيره وعاشت البويضة فهى إما أن تنمو فى البريتون أو بين ورقتى الرباط العريض على حسب وضع الانفجار . فان كان الثانى فالغالب أن يحدث تمزّق آخر بين الشهر الثالث ونهاية الحمل . فان عاشت الأُم وبقيت البويضة حية بعد التمزق الثانى يستمر الحمل الى نهايته ، ويتكوّن حول الجنين كيس كاذب مؤلف من الامعاء والترَب والالتصاقات البريتونية . ثم يحدث ما يسمى بالوضع الكاذب ويموت الجنين ، ويقذف الرحم غشاءً ساقطاً كاذباً . وقد يتعطن الجنين فى البطن بعد ذلك ، أو يتحوّل الى مومياء ، أو ترسب عليه أملاح جيرية فيتحجّر . فاذا حدث ذلك يصغر حجم البطن بسبب امتصاص السائل الأمنيوسى وتأخذ صحة المريضة فى الانحطاط وتشعر بطعم كريه فى فمها ويحدث لها تهوع وقشعريرات وآلام بطنية شديدة . وقد يتقيّح وينفجر الخراج المتكوّن فى الاحشاء المجوفة كالامعاء أو المثانة ، أو فى جدر البطن . وقد شاهدت حالة نادرة وصل فيها الحمل الى تمام مدته من غير أن ينفجر البوق وقد دخلت هذه المريضة مستشفى القصر العينى بعد وفاة الجنين بشهرين . واستأصلت البوق بمحتوياته . وهذه « العينة » النادرة جداً محفوظة عندى .

الحمل البوقى قبل انفجاره — قبل تمزق البوق لا يتميز الحمل البوقى عن الحمل الرحمى فى شىء سوى انتياب الآلام للجهة المصابة . والعادة أن ينقطع الحمل شهراً أو أكثر ، وتظهر أدلّة الحمل الظنية كالقىء والتهوع وكبر الثدى . ويتلو ذلك حدوث أنزفة متكررة سببها الانفصال الجزئى للساقط الرحمى الذى يتكوّن فى الوقت الذى يحدث فيه الحمل البوقى . وقد يحدث أن

السافط الرحمى ينفصل كله وينزل من الرحم ويكون شبيهاً بصدرية ذات ٣ فتحات : اثنتان علويتان تقابلان فتحتى البوقين فى الرحم ، والثالثة سفلى تقابل الفوهة الباطنة للعنق . والوجه الظاهر للساقط يكون خشناً والباطن أملس . والغالب أن يخرج هذا الساقط بعد انفجار الحمل البوقى ، ولكنه قد يخرج قبل ذلك ويكون خروجه مصحوباً بوجع ونزف . وعلى ذلك اذا شكت



(شكل ١٠٤) حمل بوقى قبل الانفجار .

امرأة من أوجاع مَغَصِية فى القسم السفلي للبطن وحدثت لها أنزفة متقطعة وبالأخص لو ظنت نفسها حاملاً فالواجب عمل فحص مهبلى لعلها تكون مصابة بالحمل البوقى .

التشخيص — يُحَس بجانب الرحم أو وراءه بورم مرن مؤلم عند الجس، ويحس عليه بنبضات الشرايين المبيضية . وينفصل هذا الورم عن الرحم بميزاب . أما حجم الرحم فيكون أكبر قليلاً من حجمه الطبيعى ، ويجوز أن نجد ليناً قليلاً فى العنق . ويلتبس التشخيص فى هذه الحالة . (١) بالاجهاض المصحوب بتجمع مائى أو قيحى فى البوق ، ولكنه يتميز عنه بأن الحمل البوقى يحدث فى جهة واحدة والتجمع البوقى يكون غالباً فى الجهتين . وفى الاجهاض

يتناسب حجم الرحم مع عدد شهور الحمل بخلافه فى الحمل البوقى . كما أنه قد تنزل من الرحم قطع سلائية اذا كان الحمل رحمياً . (٢) ويلتبس أيضاً بالأكياس المبيضية . (٣) والتجمعات البوقية . (٤) والأورام الليفية والأكياس اذا نمت بين ورقتى الرباط العريض . (٥) وبالرحم الحامل المنثنى الى الوراء .

ولكنه يتميز عن الأكياس المبيضية برقة جدر الأكياس وباستدارتها، وعن الأورام بأنها لا تكون مصحوبة بوجع عند الجس بخلاف الحمل البوقى فهو مؤلم جداً . ومع ذلك فالخطأ فى التشخيص ليس مهماً من الوجهة العملية لأن المعالجة الصحيحة لهذه الأورام استئصالها .

ولتمييزه عن الرحم الحامل المنثنى الى الوراء يلاحظ . (١) ان فى الحمل البوقى يُحَس بالرحم عند عمل الجس المزدوج مدفوعاً الى الأعلى وراء العانة ، ويُحَس وراءه بورم مؤلم مرن . و (٢) ان الغشاء المخاطى المهبلى يكون فى أحوال انثناء الرحم الحامل الى الوراء ممتطاً ولا يكون كذلك فى الحمل البوقى . والخطأ فى التشخيص هنا يُحدث نتائج سيئة لاختلاف طرق العلاج . فقد نظن الحمل البوقى رحماً حاملاً منثنياً الى الوراء فنحاول عدله فينفجر البوق الحامل وتُعرِّض المريضة لأخطار النزف الباطنى . ولذا يجب استعمال الرقة فى الفحص . والأفضل أن يعمل الفحص والمريضة مبنَّجة . واذا استعصى التشخيص يُدْخَل مِجَسّ فى الرحم لمعرفة اتجاهه . نعم ان فى ذلك خطر من تحريض الاجهاض لوكان الرحم حاملاً ، ولكنه أخف الضررين .

العلاج — اذا شخصنا حملاً بوقياً يفتح البطن بشق فى الخط المتوسط بين العانة والسرة طوله ٨ سنتيمترات . ثم تدخل اليد فى البطن ويمسك الرحم فاذا تعذر جذبه بالأصابع تمرر فى قاعه غرزة من الحرير ويجذب بواسطتها، ثم يفحص البوقان ويخرج البوق الحامل ويوضع رباط على كل من جانبيه ثم

يُقْطع البوق بينهما وبعد استئصاله يخاط الجزء الذى شُقّ من الرباط العريض ثم يخاط طرفا البوق الواحد الى الآخر بغرزة أو اثنتان . ولا يجوز استئصال المبيض . واذا سمحت حالة المريضة يُجتَهد فى ابقاء قناة البوق مفتوحة ويكون ذلك بخياطة الغشاء المبطن لها مع البريتون فى جزء البوق الذى يترك بعد العملية متصلاً بالرحم .

(٢) *انفجار البوق المصحوب بنزف باطنى شديد* — يحدث التمزق عادة فى الشهور الثلاثة الأولى للحمل . فان كان التمزق بين ورقتى الرباط العريض فالغالب ان النزف يقف سريعاً وتتحسن حالة المريضة الآ فى الأحوال النادرة التى ينتشر فيها النزف تحت البريتون . فاذا نجت البويضة تستمر فى النمو بين ورقتى الرباط العريض الى أن لا يستطيع أن يسعها فيحدث التمزق الثانى . وتختلف نتيجته بحسب وضع المشيمة فان كانت فوق الجنين عمّها التمزق وحدث نزف باطنى شديد . وان كانت تحته فلا يصطحب التمزق بنزف كبير وتأخذ البويضة فى النمو فى التجويف البطنى .

أعراض النزف الباطنى — متى حدث التمزق ينتاب البطن وجع شديد، إما فى الجهة المصابة وحدها، أو فى الجهتين معاً . ثم يعقب الوجع قئ واغماء وشحوب شديد ويضعف النبض ، وتسرع ضرباته ، ويعسر التنفس .

وفى آخر الأمر يتوالى التنهد العميق دلالة على (الجوع الهوائى) . وتهبط قوى المريضة وتبرد أطرافها أولاً ثم سائر جسمها. وتهيج قليلاً ويشتد اضطرابها فان لم يتوقف النزف تموت المريضة حتماً .

العلاج — يجب فتح البطن فى أول فرصة ثم يجذب الرحم خارجه ويوضع جفتان شريانيان واحد على الطرف الرحمى ، والآخر على الطرف الوحشى للبوق . ثم يستعاض منهما برباطين ويستأصل البوق وينظف البطن

من الدم بالرفائد الاسفنجية ، وتخاط جدر البطن كالعادة .

وفى المدة التى تُعَد فيها لوازم العملية يجب ربط الأطراف من الاقدام فما فوق حتى يتوجه الدم الموجود فيها الى الأعضاء الحيوية كالمخ والقلب ، بدلاً من توزّعه على الأطراف بلا فائدة . ويجب أن تضجع المريضة على ظهرها ، وأن تبطل كل حركة ثم تُرْفَع قائمتا السرير عند قدمى المريضة نحو عشرين سنتيمتراً لتوجيه الدم الى الرأس ، وافراغ الأوعية الحوضية . ويُمتَنع عن اعطاء المنبهات للمريضة كالكونياك والاستركنين والديجيتالا على الأخص

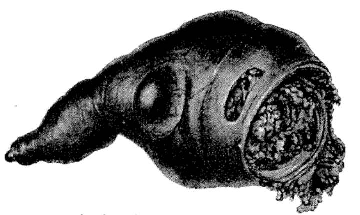


(شكل ١٥٥) حمل بوقى وقت الانفجار

فانها تُنبّه النزف . انما يجب حقن لتر من محلول ملحى تحت الشديين ، ويضاف اليه من عشرين نقطة الى ثلاثين من محلول الادرينالين المحضر بنسبة واحد فى الألف .

(٣) انفجار البوق وتكوّن قيلة دموية — قد لا تكون أعراض النزف الباطنى شديدة لدرجة تقلق بال المريضة فلا تعرض نفسها على الطبيب . ويكون ذلك فى الأحوال التى تنتهى بالاجهاض البوقى ، أو بالتمزق البوقى الذى لا يعم شرياناً كبيراً بل يكون النزف على شكل رشح بطىء فيأخذ

الدم فى التجمد حول البوق أولا ثم ينحدر الى ردب دوجلاس ويكوّن قيلة دموية مختلفة الحجم وراء الرحم ، أو تجمعًا دمويا بين ورقتى الرباط العريض على حسب جهة التمزق .



(شكل ١٥٦) حمل بوقى على وشك الاجهاض .

ومتى تكوّنت القيلة الدموية يزداد الوجع ويصيب المريضة حمى تكون غالبًا السبب فى استشارة الطبيب .

التشخيص — يُحس خلف الرحم أو الى أحد جانبيه بورم صلب ، يكون فى أول الأمر عجينيًا ثم تشتد صلابته بسرعة ، وتكون حافته السفلى على شكل القبة وحافته العليا غير منتظمة وغير واضحة الحدود . وقد يصل أحيانًا الى حذاء السرة . أما الرحم فيندفع وراء العانة أو يُطرد خارج الحوض . ولعمل التشخيص التفريقى بين القيلة الدموية والرحم الحامل المنثنى الى الوراء تجب شدة الاحتراس من الخلط بين الاثنين . فاننا لو ظننا قيلة دموية رحمًا حاملاً وحاولنا عدله الى الأمام ، نسبب انفصال الكُتَل فيعود النزف الباطنى ثانيةً وربما أودى بحياة المريضة . والنقط المميزة هى (١) ان فى القيلة الدموية يُحَس بالرحم مدفوعًا وراء العانة ، و (٢) انه بالرغم من اندفاع العنق وراء العانة لا يكون الغشاء المخاطى المهبلى ممتطًا كما يحدث فى الرحم المنثنى الى وراء .

المعالجة — متى تكوّنت القيلة الدموية فالبويضة تكون قد ماتت

وتختلف المعالجة بحسب حجم القيلة ، وبحسب الأعراض التى تصاحبها . فان كانت القيلة صغيرة جداً تؤمر المريضة بملازمة الفراش . وتعطى مليّنات يومياً على حسب اللزوم . ويكون غذاؤها مقصوراً على السوائل، فان نقص حجم القيلة فهذا دليل على أنها آخذة فى الامتصاص . ولكن للمعالجة بهذه الطريقة اذا كانت القيلة كبيرة جملة مضار منها : (١) ان المدة الطويلة التى تضطر المريضة فيها لملازمة الفراش تُضْعف صحتها كثيراً ، و (٢) انه كثيراً ما تتقيح القيلة وينفجر الخراج فى المهبل ، أو الامعاء أو المثانة أو البريتون، و (٣) انه فى الاحوال التى تُمتَص فيها القيلة تبقى التصاقات بريتونية كثيرة محيطة بالبوق تكون سبباً فى العقم ، والآلام البطنية الدائمة ، و (٤) ان النزف الباطنى قد يبدأ بالثانى فى الأحوال النادرة التى لا تموت فيها البويضة . ولذا فاننا ننصح بأنه اذا وافقت المريضة تُعْمَل لها عملية من أول الأمر. أما الأحوال التى يتحتم فيها عمل العملية فهى : —

(١) اذا كان الورم آخذاً فى الكبر لأن ذلك دليل على أن النزف لم ينقطع وبالأخص اذا اصطحب ذلك بوجع وشحوب فى اللون .

(٢) اذا سبب الورم صعوبة فى التبول .

(٣) اذا ظهر من الأعراض ان القيلة تقيحت كأن ترتفع الحرارة ويزداد الوجع . أو اذا فُحِص الدم ووجد ازدياد فى عدد الكرات البيضاء وازدياد فى نسبة الكريات ذات النوايا العديدة الى غيرها .

العملية - (١) اذا ظهرت أعراض تقيح يوضع منظار خلفى فى المهبل ويثبّت العنق بجفت ذى مشبكين ولا يُجْذَب . ويشق الجزء الأشد بروزاً فى الردب الخلفى للمهبل . ويكون طول الشق ٣ سنتيمترات ثم يرفع الجفت وتُدْخل اليد فى المهبل وتولج السبابة فى الفتحة التى عملت وتُفصل الجلط الدموية

ثم يغسل التجويف بمحلول ملحى مع الاحتراس الشديد . ولا يُرفع الزارق أكثر من عشرين سنتيمتراً عن مستوى الحوض . ثم يسد التجويف بالشاش اليودوفورمى وترفع السدادة بعد ٢٤ ساعة وتعاد ثانية لمدة ٤ أيام . وفى الأحوال التى يكون فيها القيح كثيراً يستحسن أن توضع أنبوبتان فى تجويف الخراج فان ذلك أفضل بكثير من السد .

(٣) أما اذا لم تكن هناك أعراض تقيح فالأفضل فتح البطن، وفصل الجلط الدموية بالأصبع المعقَّم برفائد اسفنجية . وغالباً يُضْطَرّ الى ترك قطع صغيرة من الجلط تكون شديدة الالتصاق بالأمعاء ولا يسهل فصلها بغير ضرر . فان لم يحدث رشح من فصل الجلط يقفل البطن كالعادة . وان حدث رشح واستحال ايقافه يُسَدّ ردب دوجلاس بالشاش اليودوفورمى وتعمل فتحة فى الردب الخلفى للمهبل ويخرج منها طرف من الشاش اليودوفورمى الذى استعمل . ويُقفل البطن كالعادة . وبعد ٤٨ ساعة يُرْفع الشاش من المهبل . ولا يعاد السد .

(٤) **اذا انفجر البوق واستمرت البويضة فى النمو فى التجويف البطنى** — قد يحدث ذلك بعد انفجار البوق الأول أو بعد انفجار الحمل الرباطى أى الذى بين ورقتى الرباط العريض ، فيسقط الجنين فى تجويف البطن ويتكوّن حوله غشاء كاذب مؤلف من التصاقات بريتونية ومن الثرَب والأمعاء ويأخذ فى النمو الى تمام المدة . ويصعب جداً فى الشهور الأخيرة للحمل تمييز ما اذا كان الحمل داخل الرحم أو خارجه . وذلك لأن البطن يكون ممتلئاً بالجنين فيصعب تعيين مركز الرحم ، ولأننا نخشى فى هذه الأحوال ادخال مجس فى الرحم خوفاً من أن يكون الحمل رحمياً . والنقط التى تفرق بين الاثنين هى أننا فى الحمل الخارجى لا نشعر بانقباضات رحمية ولا نسمع النفخ الرحمى .

ولكن كثيراً من الثقات لا يقرّون ذلك . ولما كانت الأعراض التى تشعر بها الحامل فى الأشهر الأخيرة للحمل الخارجى غير واضحة فيندر أن تستشير الطبيب الاّ بعد فوات الزمن الذى كان يجب أن تحدث فيه الولادة . فينبنى على ذلك ان الجنين يموت فى بطنها وتحدث اعراض الولادة الكاذبة وينزل من الرحم ساقط .

المعالجة — اذا شاهدنا الحالة وقت انفجار البوق أو تمزّق الرباط العريض ان كان الحمل رباطياً ، فالواجب فتح البطن حالاً واخراج متحصل الحمل ، وربط الأوعية الدامية . واذا شخّصنا الحمل الخارجى بعد الانفجار وكان الجنين حياً ، فالأفضل أن لا نهتم بأمر الجنين . لأن أغلب الأجنة التى تنمو فى البطن تكون ضعيفة ويندر أن تعيش ، فى حين أن الخطر على الأم من ترك الحمل شديد جداً . ولذلك فالواجب فتح البطن متى تأكدنا من التشخيص واخراج الجنين والمشيمة . وفى بعض الأحوال يصعب جداً اخراج المشيمة لشدة التصاقها بالأمعاء وسائر الأعضاء البطنية ، فتصير العملية وقتئذ من أشد عمليات البطن خطراً . ولهذا السبب ينصحون فى الأحوال التى يتعدى فيها الحمل الشهر الخامس بأن يُنْتَظر شهران بعد حدوث الولادة الكاذبة وتعمل العملية ، لأن المشيمة وأوعيتها تكون قد ضمرت وقتئذ .

خلاصة سير ومعالجة الحمل خارج الرحم

الحمل خارج الرحم يحدث اما فى البوق أو فى المبيض والاخير نادر ولذا سنهمله	اذا لم يستأصل البوق الحامل تحدث الامور الآتية قبل نهاية الشهر الثالث	الأمور التى تنشأ عن ١ و ٢ و ٣	فاذا لم تعالج الحالة بما يناسبها ينشأ عنها ما يأتى : —	العلاج
الحمل البوقى	١ — ينفجر فى تجويف البريتون .	١ { ا — يحدث نزف ضاف فى عموم التجويف البريتونى . ب — تتكون قيلة دموية خلف الرحم . ج — تلتصق البويضة فى التجويف البطنى ولا يكون النزف شديداً . }	١ { ا — وفاة المريضة . ب — امتصاص البويضة أو تقيحها ج — يبلغ الحمل تمامه . }	١ { ا — فتح البطن حالا وربط الاوعية النازفة . ب — الراحة فى الفراش فى حالة الامتصاص . وفتح الخراج مهبليا فى حالة التقيح . ج — فتح البطن . }
	٢ — يحدث الاجهاض البوقى .	٢ { تتكون قيلة دموية حول البوق أو فى قعر كيس دوجلاس . }	٢ { امتصاص القيلة أو تقيحها . }	٢ { فتح البطن اذا لم يحدث تقيح او فتح الخراج او الانتظار اذا ظهر انها ستمتص . }
	٣ — ينفجر بين ورقتى الرباط العريض .	٣ { ا — يحدث نزف ضاف يملأ الرباط العريض وينتشر تحت البريتون . ب — يتكون تجمع دموى . ج — لا يحدث نزف شديد وتنمو البويضة بين طبقتى الرباط . }	٣ { ا — وفاة المريضة . ب — امتصاص التجمع الدموى . ج — اما الانفجار الثانوى او نمو الحمل الى التمام . }	٣ { ا — فتح البطن حالا وربط الاوعية النازفة . ب — الراحة فى الفراش . ج — فتح البطن فى الحالتين . }

الفصل التاسع عشر

﴿ النزف قبل الولادة ﴾

ينقسم النزف قبل الولادة الى ثلاثة أقسام بحسب تاريخ حدوثه وهى : —

(ا) نزف الأشهر الثلاثة الأولى للحمل أعنى قبل تمام تكوين المشيمة.

(ب) نزف الأشهر الثلاثة الثانية للحمل .

(ج) نزف الأشهر الأربعة الأخيرة للحمل .

أما نزف الأشهر الثلاثة الأولى للحمل فقد سبق الكلام عليه عند الكلام على الاجهاض الموشك ، والحمل خارج الرحم . وعلى ذلك فسيكون كلامنا فى هذا الفصل مقصوراً على نزف الأشهر الثلاثة الثانية ، والأربعة الأخيرة .

(ب) النزف الذى يحدث فى الشهر الرابع والخامس والسادس للحمل قليل الحدوث وصعب المعالجة ويتسبب من شيئين : —

(١) انفصال المشيمة ، (٢) استحالة البويضة أى فسادها . أما انفصال المشيمة فقد يتسبب من اندغامها بقرب العنق أو من وجود التهاب رحمى باطنى، أو من اصابة الام بالزهرى أو الالتهاب الكلوى، أو من تسممات الحمل الامتصاصية . أما استحالة البويضة فقد يكون سببها تكوّن المول الحويصلى ، أو الاستحالة اللحمية الاجهاض المتروك .

الأعراض — قد يحدث النزف تدريجياً أو يجئ فجاءة بمقادير عظيمة فيميت المريضة ان لم يوقف حالاً . وقد ينزل دم النزف الى المهبل أو يتجمع داخل الرحم .

التشخيص — تستحيل معرفة السبب الذى أحدث النزف الا عنـد اخلاء الرحم.

المعالجة — اذا كان النزف طفيفاً فقد يمكن ايقافه بالراحة التامة فى الفراش وباعطاء مقادير صغيرة من خلاصة الهدراستس الكانادى أو ملعقة بن من سائل سدانس (Liquor Sedans) كل ٣ ساعات. أو أقراص السِتِپْتول ، قرص كل ٤ ساعات ، ويعطى أيضاً من لبنات الجير جرام محلول فى فنجان ماء مرتين يومياً .

أما اذا فقدت المريضة مقداراً من الدم لا تستطيع ان تفقد أكثر منه مع حفظ سلامتها ، أو اذا نزل من الرحم مفرزات عفنة ، أو اذا كان الجنين ميتاً فالمعالجة تنحصر فى اخلاء الرحم .

والطريقة التى تتبع فى اخلاء الرحم تختلف بحسب ما اذا وجدت مفرزات متعفنة أو لم توجد . فان لم توجد مفرازات متعفنة نمدّد العنق تمديداً بطيئاً ، وذلك بأن ندخل فيه كثيراً من أقلام اللاميناريا الصغيرة الحجم ، ثم نفعل سدادة مهبلية متينة . وبعد مضى أربع وعشرين ساعة نرفع السدادة والأقلام فنجد العنق متمدداً لدرجة تسمح بولادة الجنين حالاً . فان لم يولد الجنين تمكن مساعدة الرحم على قذفه بعمل التحويل وانزال قدم .

أما اذا نزلت من الرحم مفرزات عفنة فلا يجوز عمل التمديد البطئ بل تعطى المريضة كلوروفورماً ثم يمدّد العنق بممدات هيجار الى أن يمكن ادخال أصبع فى العنق . وعندئذٍ تولج أصبع داخل الرحم ويبحث بها عن قدم وتُخرَّج القدم من العنق . وبالجذب على الساق يمكن انهاء الولادة حالاً .

فاذا وجدنا أن المشيمة لم تنقذف بعد ولادة الجنين فالأفضل تخليصها بالأصابع . فاذا وجدنا بعد تخليص المشيمة ان الرحم رخو ، أو اذا حدث

نزف أو اذا وجد تعفن فالواجب سد الرحم بالشاش اليودوفورمي .

(ج) أما نزف الأشهر الأربعة الأخيرة للحمل فينقسم الى : —

(١) النزف العارضي .

(٢) النزف المحتم حدوثه .

﴿ النزف العارضي ﴾

هو النزف الذي يحدث من انفصال المشيمة المندغمة اندغاماً جيداً .

أسبابه — هي ذات أسباب نزف ثلاثة الأشهر الثانية للحمل وعلى الأخص الالتهاب الكلوي، والالتهاب الرحمي الباطني والسكتات المشيمية . والتسممات الامتصاصية (توكسيميا) للحوامل هي السبب الأهم في حدوث النزف العارضي

أنواعه — له نوعان : —

(١) النزف العارضي الباطني .

(٢) النزف العارضي الخارجي .

(١) **النزف العارضي الباطني** لا يحدث النزف العارضي الباطني الا اذا كان الرحم ضعيف الجدر ومصاباً بالالتهاب المزمن بحيث لا تستطيع جدره أن تحدث القوة الكافية لطرد الدم النازف الى الخارج . وفي هذا المرض يتجمع الدم النازف في باطن الرحم فيتسع الرحم ليسعه . وعلى ذلك فقد تموت المريضة من النزف الباطني ولا ينزل من الرحم نقطة دم واحدة . ويختلف مقدار النزف الباطني بحسب مرونة الألياف العضلية للرحم فكلما ضعفت قوة ومرونة الألياف العضلية كان النزف الباطني أشد. أما الألياف العضلية السليمة فلا تسمح بتمدد الرحم بالدم بل تطرده للخارج .

الاعراض — هي ذات أعراض النزف الباطني . وأهمها الهبوط واصفرار

الوجه وضعف النبض وسرعته أو بطؤه ، وانخفاض الحرارة والأوجاع البطنية الشديدة . وتختلف قوة هذه الاعراض بحسب مقدار ما نزف من الدم . ثم ان الرحم يكبر حجمه ويصير مؤلماً ويصعب بل يستحيل تمييز أجزاء الجنين .

المعالجة — اذا لم يكن المخاض قد ابتدأ يمدد العنق بسرعة أو يفعل فيه شقوق جانبية ثم يفعل التحويل القدمى ، ويخلص الجنين بالجذب على الساق. فاذا لم يقف النزف بعد الولادة يُسد باطن الرحم بالشاش اليودوفورمى . أما اذا حدث النزف فى بداءة المخاض فالغالب أنه يقف من نفسه اذا مُزِّقت الاغشية وذُلِك الرحم. فاذا لم يقف فالواجب تخليص الجنين بسرعة. وينسبون للبيتوترين المقدرة على احداث انقباض فى الرحم يساعد على ايقاف النزف فلا بأس من استعماله . وبعض المولدين يشير بعمل العملية القيصرية إما من البطن أو من المهبل اذا شوهدت المريضة قبل استفحال النزف .

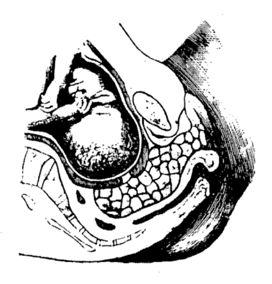
(٢) *النزف العارضى الخارجى* — فى هـذا النوع ينزل الدم من الرحم بمجرد نزفه من الأوعية . وفى بعض الأحوال التى لا تكون فيهـا مرونة الألياف العضلية على ما ينبغى يحدث أولاً نزف باطنى قليل الى أن يصير الضغط فى باطن الرحم قوياً لدرجة تمكنه من طرد الدم الى الخارج .

الأعراض — أهمها نزول الدم من الرحم . وفى الأحوال التى يحدث فيها نزف باطنى قليل يسبق نزول الدم أوجاع بطنية .

التشخيص — يلزم تمييز هذا النوع من النزف عن النزف المحتم حدوثه أى المتسبب من اندغام المشيمة اندغاماً معيباً . وطريقـة ذلك هى أن نفحص الحامل مهبلياً فاذا أمكننا الاحساس بالمشيمة من العنق ومن قعور الأكياس فالنزف سببه الاندغام المعيب للمشيمة. ويكون هذا الفحص بوضع نصف اليد فى المهبل ثم ادخال اصبع فى العنق الذى يكون متمدداً بسبب النزف لدرجة

تسمح بادخال الأصبع . وتميز المشيمة عن الجلط الدموية بأن الأخيرة يسهل فصلها بالأصبع أما المشيمة فيحس بها كجسم اسفنجي سميك . وبالجس البطنى يمكننا تشخيص الاندغام المعيب للمشيمة أيضاً وذلك لأننا اذا وجدنا الرأس منحشراً فهو دليل على أن المشيمة مندغمة اندغاماً حميداً .

المعالجة — تختلف المعالجة والانذار بحسب الانقباضات الرحمية وجوداً وعدماً . فان وجدت فالمعالجة بسيطة والانذار حميد والعكس بالعكس .



(شكل ١٥٧) السدادة المهبلية

والمعالجة فى هذه الأحوال مبنية على ان الرحم ذا الجدر السليمة لا يسمح للدم بالتجمع فيه . فاذا فعلنا سدادة مهبلية متينة فهى تضغط على العنق وتوقف النزف لأنه لا يستطيع أن يتجمع داخل الرحم ولا أن ينزل خارجه . فضلاً عن أن السدادة المهبلية تحرض الولادة وهى أحسن ما يُراد حدوثه . وذلك لأن الانقباضات الرحمية التى تصحبها تساعد على ايقاف النزف .

ولعمل السدادة المهبلية تنام الحامل على حافة السرير بالعرض . ثم تطهّر أعضاء التناسل ، وتبنج المريضة بالكلوروفورم اذا اقتضى الأمر . ثم يوضع فى المهبل منظار خلفى ، وتقثطر المثانة ويؤتى بقطع من شاش اليودوفورم التى

تكون قد تركت فى محلول الليزول $\frac{1}{200}$ مدة طويلة وتعصر جيداً وتسد بها ما حول العنق سداً متيناً مبتدئين بالردب الخلفى ثم الجانبين ثم المقدم ثم تُحشَر قطع من القطن أو الشاش قبالة العنق حتى تنسد المسافة بين الردوب تماماً . ثم يسد باقى المهبل سداً متيناً بقطع من القطن المبلل بالليزول والمغلى عشر دقائق بعد عصره جيداً. ويوضع حفاظ نظيف على الفرج ويربط برباط حرف T . ثم يربط البطن برباط متين جداً حتى بذلك ينضغط الرحم الى أسفل ، ويقوى تأثير السدادة على العنق . ثم تترك السدادة الى أن يشتد الطلق وعندئذ تُرْفَع. ويحدث ذلك عادة بعد أربع ساعات . فاذا لم تحرض الولادة بعد ١٢ ساعة ترفع السدادة خوفاً من التعفن ، فاذا عاد النزف يعاد عمل السدادة . ويتوقف نجاح هذه المعالجة على ثلاثة أشياء وهى : —

(١) أن يكون الرحم سليماً أى تكون عضلاته قوية لا تسمح بحدوث نزف باطنى .

(٢) أن تكون البويضة سليمة أى لم ينفجر الجيب . غير أن بعض المؤلفين يؤكدون فائدة السدادة ولو انفجر جيب المياه .

(٣) أن تكون السدادة محكمة ومتينة والاّ استمر الرشح فبلّل السدادة ونَزّ خارجها .

وبعد عمل السدادة تجب مقاومة الانحطاط الذى يصيب المريضة بسبب النزف وبسبب ضغط السدادة ، فتعطى أولاً حقنة مورفين ٠٫٠٢ واتروبين نصف ملليجرام . ويُتبَع ما سيذكر فى الكلام على الهبوط الذى يتبع النزف بعد الولادة .

والمعالجة السابق ذكرها تفعل اذا لم تكن المريضة فى المخاض . أما اذا حدث النزف وقت حدوث طلق قوى فالمعالجة تنحصر فى تمزيق الأغشية

فمتى نزل السائل الأمنيوسى ينقبض الرحم على الجنين فيقل حجم السطح المشيمى . فاذا كانت الفوّهة الظاهرة متمددة تمدداً كافياً يفعل التحويل القدمى ويُخَلَّص الجنين ، أو يوضع الجفت ان كان الرأس منحشراً . أما اذا لم تكن الفوهة الظاهرة متمددة واستمر النزف فتفعل السدادة المهبلية .

ملحوظة — ينصح بعض المولدين بتمديد العنق صناعياً تمديداً سريعاً إما بالممددات أو بالشقوق الجانبية ثم انهاء الولادة حالاً . وهذه المعالجة خطرة جداً لأنها تعرض المريضة للموت من وقوف حركة القلب وذلك بسبب الصدمة التى تتبعها خصوصاً لأن المريضة تكون فى حالة هبوط بسبب النزف.

﴿ النزف المحتم حدوثه ﴾

وهو النزف الذى يحدث من انفصال المشيمة المندغمة اندغاماً معيباً أى المندغمة كلها أو المندغم جزء منهـا فى القسم السفلى للرحم . وهو نادر الحدوث يحدث مرة فى كل مائتى ولادة .

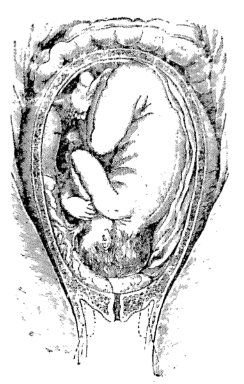
أسبابه — الأسباب التى تجعل المشيمة تندغم بالقرب من العنق، لا فى موضعها الطبيعى ، ليست مفهومة تماماً ولكنهم ينسبونها عادة لأحد ثلاثة أشياء وهى : —

(١) ان الرحم يكون مصاباً قبل الحمل بالالتهاب الرحمى الباطنى: فيكبر تجويفه، ولا تكون جدره ملامسة بعضها لبعض. فمتى نزلت البويضة المُخْصَبَة الى الرحم فهى لا تنحجز بالقرب من البوق الذى نزلت منه ، بل تنحدر الى القسم السفلي للرحم وتلتصق فيه فتتكوّن المشيمة فى مكان الالتصاق .

(٢) ان الحمل السلائى الذى فى القسم السفلي للساقط المنعطف لا يضمر كالعادة بل يزداد نموه ويكوّن جزءًا من المشيمة .

(٣) ان المشيمة المندغمة اندغاماً معيباً هى فى الواقع مندغمة اندغاماً جيداً ، ولكن بسبب كبر حجمها يندغم جزء منها فى القسم السفلى للرحم.

هذه هى أسباب الاندغام المعيب المشيمة . أما أسباب انفصالها مدة الولادة فهى انه متى ابتدأت الفوهة الباطنة فى التمدد ، والعنق فى الامّحاء ، والقسم السفلى للرحم فى الاتساع ، فالسطح الذى يتمدد تنفصل عنه المشيمة طبعاً فيحدث النزف .



(شكل ١٥٨) الاندغام لمعيب للمشيمة (جلابين) .

أما أسباب انفصال المشيمة المندغمة اندغاماً معيباً فى الأشهر الأربعة الأخيرة للحمل فهى : (١) انه فى هذه المدة يكون القسم السفلى للرحم آخذاً فى الاتساع ، فيصير السطح الذى كانت المشيمة مندغمة فيه أكبر منها فينفصل جزء منها . (٢) أن الانقباضات الرحمية المتقطعة التى تحدث مدة الحمل تزداد قوتها فى الأشهر الأخيرة للحمل فتساعد على تمدد الفوهة الباطنة فى برهة حدوث الانقباض ، فيتسبب عن ذلك انفصال المشيمة اذا

كانت مندغمة فى الفوهة الباطنة . (٣) أن المشيمة المندغمة اندغاماً معيباً تنفصل بنفس الأسباب التى تفصل المشيمة المندغمة اندغاماً جيداً

الأنواع — للمشيمة المندغمة اندغاماً معيباً ثلاثة أنواع (انظر شكل ١٥٩).

(١) **الاندغام المعيب المركزى** — وفيه يكون الجزء الأكبر من المشيمة مغطياً للفوهة الباطنة والسطح المجاور لها .

(٢) **الاندغام المعيب الطرفى** — وفيه تكون حافة المشيمة مندغمة فى حافة الفوهة الباطنة .

(٣) **الاندغام المعيب الجانبى** — وفيه يكون جزء من المشيمة مندغماً فى القسم السفلى للرحم ولكنه لا يكون ملامساً للفوهة الباطنة .

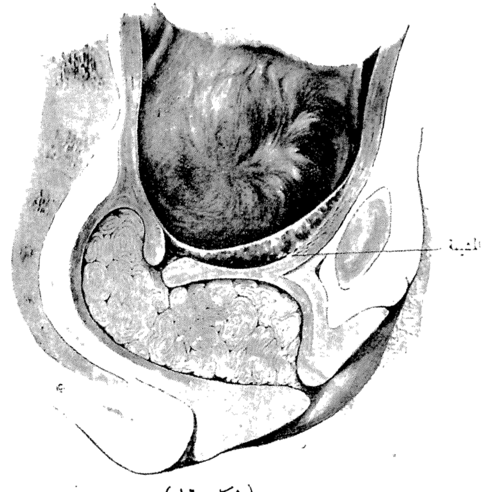
الاعراض — هى حدوث النزف من الشهر السابع فما فوق . وعادة يحدث النزف بلا وجع وقد يحدث فى أثناء النوم . وقد يكون النزف شديداً الى حد أن يُميت المريضة فى برهة قصيرة أو قد يكون قليلاً ومتكرراً .

(شكل ١٥٩)
الاندغام المعيب للمشية
ا اندغام معيب طرفى
ب « جيد
ج « معيب جانبى
د « « مركزى

التشخيص — اذا احسسنا بالمشيمة مهبلياً فوق العنق أو بالقرب منه فهى مندغمة اندغاماً معيباً . وبالجس البطنى نجد أن الجزء الآتى به الجنين أعلى مما يكون عادة . وذلك لأن اندغام المشيمة على العنق يمنعه من الانحشار .

المعالجة — تختلف المعالجة بحسب درجة تمدد العنق ، ويكون السير فيها كما يأتى : — (١) اذا لم تكن الفوهة الظاهرة متمددة الى حدّ أن تقبل أصبعين ، وهذا نادر جداً ، تعمل السدادة المهبلية : (٢) اذا أمكننا

ادخال أصبعين فى العنق يُعْمَل التحويل القدمى المزدوج ، وبعد انزال قدم تُتْرك الحالة للطبيعة . (٣) اذا كانت الفوهة متمددة تماماً ولم يكن الرأس محشوراً يعْمل التحويل القدمى الباطنى . وغالباً تنتهى الولادة فى أقل من ساعة . ولا خطر من الجذب على القدم لمساعدة التخليص . واذا استمر

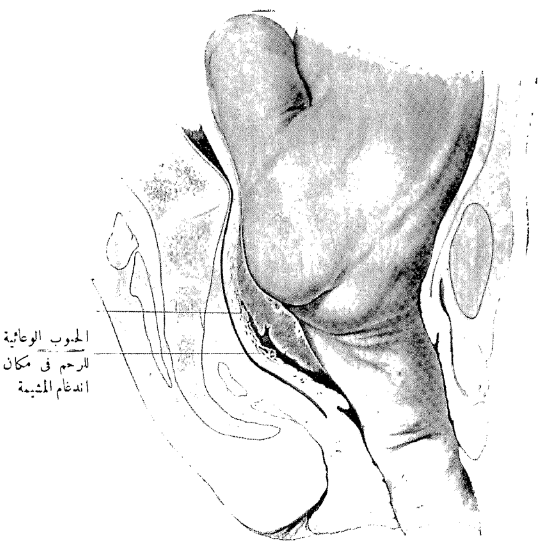


(شكل ١٦٠)
طريقة ايقاف النزف بسد المهبل فى الاندغام المعيب للمشيمة اذا كان العنق منقبضا (بم)

النزف تفصل المشيمة بالأصابع ويغسل باطن الرحم بزرق حار . ويسد بالشاش اليودوفورمى اذا اقتضى الأمر .

وفى عمل التحويل المزدوج يجب أولاً تشخيص الوضع ومعرفة الجهة التى يكون الظهر متجهاً اليها ثم يحوّل الوضع بالحركات الخارجية الى وضع مستعرض ، وذلك بدفع الرأس دفعات متتالية فى اتجاه الظهر . ثم تطهر

أعضاء التناسل الظاهرة بدهنها بصبغة اليود ، ويطهّر المهبل بالزرق بمحلول الليزول ثم تدخل اليد كلها فى المهبل ويولج أصبعان فى العنق ثم تُثْقَب المشيمة بهما ان كان وضعها مركزياً ، وتثقب الأغشية بمسبر عقيم . فاذا أحسسنا بالرأس ندفعه فى اتجاه ظهر الجنين ثم تُضْغَط المقعدة باليد الأخرى الموضوعة



(شكل ١٦١)   طريقة براكستون هكس لايقاف النزف بالتحويل (بم)

على الرحم حتى يسهل الوصول الى القدم أو الى الركبة ومنها نصل الى القدم، ثم يُمْسَك القدم بين الأصبعين ويجتهد فى اخراجها من العنق ، فان كان العنق متمدداً بحيث يسع القدم والأصبعين معاً أُخْرِج منه والاّ فيُدْخَل جفت ذو مشبكين مهدياً على الأصبعين ويُشْبَك فى مشط القدم، ويُجذَب الى أسفل.

ولا خوف من حدوث ضرر للطفل من الجفت . بخلاف ما لو حاولنا توسيع العنق بادخال أصبع آخر حتى يسهل اخراج القدم فاننا حينئذ لا بد وأن نُحْدِث تمزقاً قد يمتد الى الشريان الرحمى ويحدث نزفاً قتالاً بعد خروج الجنين . وفى بعض الأحوال تسهل هداية القدم الى العنق بالضغط بالأصبعين على مشط القدم ، ثم الضغط على المقعدة من البطن ، فتقترب أصابع القدم من الفوهة الباطنة . فمتى تم ذلك يُخْرج الأصبعان من العنق ويدفع العنق على القدم فيمرّ منه . ومتى نزلت القدم يربط حول العقب شريط من الشاش ويترك متدلياً خارج الفرج . ويترك باقى الولادة للطبيعة . فاذا حدث نزف يجذب الشريط المربوط فى القدم فتنضغط المشيمة بين المقعدة والقسم السفلى للرحم فيقف النزف . وحذار من محاولة تمديد العنق بالجذب على القدم فانها لا شك تحدث تمزقاً فظيعاً فى العنق . وفوق ذلك تحدث صدمة قلما تنجو المريضة منها .

وقد تتأخر الولادة يوماً أو أكثر بلا ضرر على المريضة . أما حياة الجنين فى هذه الظروف فلا يجب الاهتمام بها لدرجة تنافى مصلحة الأم . لأننا لو حاولنا تخليص الجنين بسرعة مزّقْنا العنق وعرَّضْنا الأُم للصدمة والهبوط الذى يتبع النزف وفى كثير من الأحوال يكون الجنين ميتاً بسبب انفصال المشيمة . ومتى تحرَّضت الولادة وولد الجنين فالأفضل عدم الانتظار طويلاً لنزول المشيمة بل يستحسن تخليصها بالأصابع .

التمديد بكيس شامبيتييه دى ريب — فى الأحوال التى تكون فيها حياة الطفل ذات أهمية خاصة يستحسن أن لا يعمل التحويل ، يؤتى بكيس شامبيتييه دى ريب المعقم ، ويدخل فى العنق بواسطة جفته الخاص بعد تمزيق الأغشية . ثم يدفع داخل الرحم ، ويُملأ بالماء بحقنته الخاصة . ومتى امتلأ الكيس يُقفل منه طرفه الظاهر ثم يجذب الى أسفل قليلاً فمن ضغطه على

المشيمة يقف النزف . وبعض المولّدين ينصح بتعليق ثقلٍ وَزْنُه رطلان فى شريط يربط فى نهاية الكيس ويتدلى فوق كرسى أو على حافة السرير . ومتى تمدد العنق تمدداً كافياً لخروج الجنين يخرج الكيس ، وتُنْهى الولادة بوضع الجفت اذا تأخر نزول الرأس وخيف من عودة النزف .

اخطار الاندغام المعيب للمشيمة — (١) انهـا تُعَرّض الأم للاصابة بالحمى النفاسية بعد الولادة . ا . بسبب ضعف المقاومة الناشىء عن النزف . و ب . لإمكان وصول المكروبات لباطن الرحم عند اجراء العمليات اللازمة لايقاف النزف . و ج . لأن اندغام المشيمة بقرب العنق يسهّل وصول العدوى الى خثَر الدم التى تسدّ الجيوب الوعائية للرحم فى مكان اندغام المشيمة.

(٢) سهولة امتداد أى تمزق يحدث فى العنق بحيث يعم الشريان الرحمى فيَحْدُث نزف قتّال . وذلك لأن اندغام المشيمة على العنق أو بقربه يضعف مقاومة الغشاء الساقط للخلايا التروفو بلاستية فتتمادى فى نخر أنسجة الرحم فتترقق كثيراً وتصبح عرضة للتمزق السريع .

الانذار — يموت من الأمهات واحدة من كل سبع ، ومن الأجنة تسعة من كل ثلاثة عشر .



الفصل العشرون

﴿ مضاعفات الدور الثالث ﴾

احتباس المشيمة . النزف بعد الولادة . انقلاب الرحم .

يقصد بالدور الثالث هنا المدة بين ولادة الجنين وخروج المشيمة ووقوف النزف .

﴿ احتباس المشيمة ﴾

ذكرنا قبلاً فى الكلام عن الدور الثالث فى الولادة الطبيعية ان العامل الأكبر فى انفصال المشيمة هو تكوّن كتلة دموية بين مركز المشيمة ومكان اندغامها فى الرحم ثم انضغاط هذه الكتلة وفرطحتها عند حدوث انقباض فى الرحم . وذكرنا ان استطالة الكتلة بهذه الكيفية تكون سبباً فى انفصال جزء آخر من المشيمة وحدوث نزف من مكان انفصاله يزيد فى حجم الكتلة متى تجمّد . وقد نبّهنا على أن اليد التى توضع فوق الرحم بعد ولادة الجنين وظيفتها سند الرحم ومراقبته خشية حدوث نزف باطنى لا غير . أما لو حاولنا دلك الرحم بقصد الاسراع فى خروج المشيمة لترتب على ذلك : (١) طرد الكتلة الدموية التى وظيفتها فصل المشيمة. و (٢) حدوث انقباضات رحمية غير منتظمة ليس لها قوة على طرد المشيمة بقدرما للانقباضات الطبيعية .

أما اذا مضت ساعة بعد ولادة الجنين ولم تنزل المشيمة فالواجب مساعدتها على ذلك .

أسباب احتباس المشيمة — (١) خمود الرحم وقد سبق ذكر أسبابه ويضاف عليها استعمال الكلوروفورم وقت الولادة وامتلاء المثانة بالبول .

(٢)   وجود التصاقات مَرَضية بين المشيمة وأغشيتها و بين الرحم، سببها التهاب السواقط الذى ينشأ من وجود التهاب رحمى باطنى قبل الحمل .

(٣)   المشيمة الغشائية. لأنها تنثنى على نفسها وقت حدوث الانقباضات الرحمية فيصعب انفصالها .

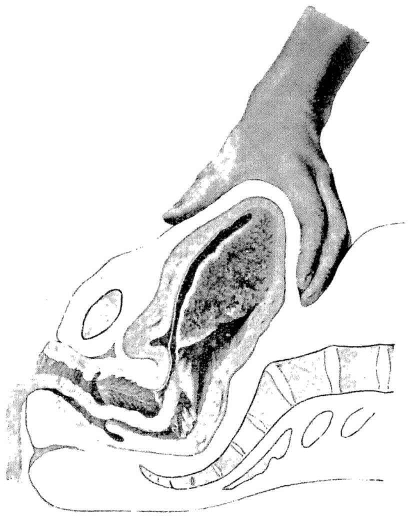
(٤)   انقباض حلقة الانكماش الذى يتسبب عن دلك الجزء السفلى للرحم (شكل ١٦٤) .



(شكل ١٦٢)
كيفية تخليص المشيمة بالاصابع اذا انقبض العنق .

المعالجة — فى الأحوال العادية اذا لم يصطحب احتباس المشيمة بنزف مزعج واذا لم يسرع النبض كثيراً ، ولم تظهر أعراض الهبوط فالواجب ترك المشيمة ساعة . فاذا مضت الساعة ولم تخرج المشيمة فالواجب مساعدتها على الخروج ، فاذا كان سبب الاحتباس هو أن المولّد دلك القسم السفلى للرحم

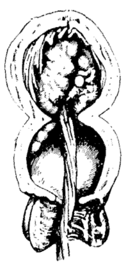
فالواجب أن يبطل الدلك حالاً ، ويعطى المريضة ٠،٠١ مورفين حقناً تحت الجلد فيزول الانقباض . فاذا لم تتخلص المشيمة يدلك قاع الرحم الى أن ينقبض ثم يعصر كما تعصر الليمونة بين الأصابع . فاذا لم تتخلص بهذه الكيفية فالأفضل تخليصها بالأصابع . ولعمل ذلك تطهَّر الأيدى والأعضاء التناسلية تطهيراً



(شكل ١٦٣) تخليص الرحم بطريقة دبلن

دقيقاً ثم نضم الاصابع بعضها على بعض على شكل قمع وندفعها فى الرحم بغاية اللطف والتدريج مع الضغط على قاع الرحم الى أن تمر الأصابع . ومتى مرّت تزلق بين الرحم والأغشية وتحرّك من جنب الى آخر . فان كانت المشيمة مندغمة فى الجدار الخلفى للرحم نبدأ فى امساكها من أسفل الى أعلى وان

كانت مندغمة فى الجدار المقدم نفصلها من أعلى الى أسفل . ومتى خرجت يجب التحقق من كونها كاملة ومن أن الاغشية خرجت بتمامها .



(شكل ١٦٤)
انقباض وسط الرحم كالساعة الرملية واحتباس المشيمة .

أما اذا كان سبب الاحتباس وجود التصاقات مرضية بين المشيمة والرحم فاللازم تخليص المشيمة بالأصابع . ولعمل ذلك تؤمر الوالدة بالاضّجاع على حافة السرير بالعرض ثم نطهّر أعضاءها التناسلية ونقثطرها لتفريغ المثانة . ثم ندخل احدى اليدين فى المهبل بعد لبس كف من المطاط وندفعها فى الرحم خلف الأغشية ونضغط باليد الأخرى على القاع . ثم نبحث باليد التى فى داخل الرحم عن حافة المشيمة وبواسطة أطراف الأصابع نفصلها عن الرحم بحركة تذبذبية (منشارية) (انظر شكل١٦٦) . ونجتهد فى أن نفصل المشيمة كلها قطعة واحدة ومتى انفصلت نمسكها باليد ونخرجها من الرحم . ثم نغسل باطن الرحم غسلاً جيداً ومن الموافق فى عمل هذه العملية ألاّ يعطى للمريضة كلوروفورم لئلاّ يمطّل انقباض الرحم فيما بعد . ويجب التحقق بعد نهاية العملية من خلو الرحم تماماً . ولا خوف من ادخال اليد فى الرحم مرة بعد أخرى اذا اقتضى الأمر . ومما يساعد على فصل الاغشية أن يُحَكّ باطن الرحم بقطعة من الشاش اليودفورمى .

ويتبعون فى ألمانيا لتسهيل انفصال المشيمة وخروجها الطريقة التى أشار بها ماچون استاذ التشريح والفسيولوجيا فى جنوا سنة ١٨٢٦ وأحياها جاباستون فى مقالته التى نشرها سنة ١٩١٤ وطريقتها أن يُحْقَن فى وريد الحبل السُرى من ٣٠٠ — ٥٠٠ جراماً من المحلول الملحى العقيم أو الماء المعقم بالغلى

فتى امتلأت فروع الوريد السُرى يتجمع الماء بين المشيمة وجدر الرحم فتنفصل المشيمة. ويظهر مما نشر أخيراً أن هذه الطريقة مؤكدة التأثير وان فى أكثر



(شكل ١٦٦) احتباس المشيمة (جلت) .

من ٨٨ ٪ من الأحوال التى استعملت فيها كان النجاح باهراً ولكن يظهر بأن استعمالها لا يخلو من خطر فانه شوهد وفاة حالتين فجاءة بعد استعمالها. ويظهر أن سبب الوفاة كان السكتة الرئوية ولو أن معززى الطريقة ينكرون ذلك.

﴿ النزف بعد الولادة ﴾

ليس فى مضاعفات الولادة أشدّ خطراً على حياة الوالدة ولا أدعى الى سرعة ومهارة المولّد من النزف بعد الولادة .

الأنواع — له نوعان ابتدائى وثانوى . فالنزف الابتدائى هو الذى يحدث فى الساعات الست التالية للولادة ، والثانوى هو الذى يحدث بعد ذلك . والسبب فى حدوثهما هو احتباس قطع من المشيمة فى باطن الرحم . والمعالجة فيهما واحدة أيضاً .

﴿ النزف بعد الولادة الابتدائى ﴾

يخرج دم النزف بعد الولادة من أحد مكانين : —

(١) من جرح فى الأعضاء التناسلية .

(٢) من الجرح الذى فى مكان اندغام المشيمة . ويسمى عادة بالنزف الخمودى .

(١) النزف الذى يتسبب عن جرح فى الأعضاء التناسلية يسمى بالنزف الجرحى. والانسجة التى يكثر حدوث الجروح فيها هى العنق، والبظر، والمهبل والعجان . وجروح البظر أشدها خطراً . أما الجروح المهبلية فقلما تحدث نزفاً كبيراً .

التشخيص — يحدث النزف الجرحى من وعاء مقطوع فلا علاقة له بانكماش الرحم ويكون الرحم عادة منكمشاً . واذا أجرينا زرقاً رحمياً يخرج السائل غير ملوّن بالدم . أما فى النزف الخمودى فيكون الرحم رخواً ومملوءاً بالكُتل فاذا عصرنا الرحم تخرج منه الكتل فيقف النزف قليلاً ريثما يمتلئ الرحم بالثانى فيعود النزف .

المعالجة — نبحث أولاً عن الجرح الذى ينزف منه الدم . فاذا كان فى البظر نضع رباطين من الحرير المعقم أو الكاتجوت، أحدهما أسفل البظر والآخر أعلاه بواسطة ابرة صغيرة منحنية ، ثم نربطهما ربطاً متيناً فيقف النزف حالاً . وبعد ستة أيام نرفع الغرز . أما اذا لم يكن النزف متسبباً عن جرح فى البظر فيبعَّد الشفران ويُفحص المهبل فان لم نجد تمزقاً فى المهبل نجذب العنق الى أسفل بجفت ذى مشبكين . فاذا وجدنا به وعاء مقطوعاً نربطه وان وجدنا تمزقاً نخيطه . وفى كثير من أحوال النزف الجرحى يقف النزف اذا عملنا زرقاً مهبلياً بمحلول مطهّر حرارته من ٤٦° الى ٤٩° س .

(٢) النزف الخمودى — ينشأ النزف الخمودى من عدم مقدرة الرحم على الانقباض والانكماش . والغالب فى النزف الخمودى أن ينزل الدم من الرحم بمجرد نزفه من الأوعية ، ولكنه فى بعض الأحوال قد يتجمع فى باطن الرحم أولاً .

الأسباب — متى انفصلت المشيمة من الرحم يصبح السطح الذى كانت مندغمة فيه جرحاً مفتوحاً . فتأخذ الجيوب الوعائية التى فيه فى النزف. ولكن هذا النزف يقف حالاً بسبب انقباض وانكماش الرحم لأن الالياف العضلية المنقبضة تضغط جدر الاوعية ضغطاً شديداً . ومتى وقفت الاوعية عن النزف يتخثر الدم فى فوهاتها فتقف عن النزف وتسد ولا تعود تنزف ولو زال الانقباض الرحمى وقتياً . ولكن قد تطرأ أعراض تمنع الرحم من أن ينقبض وينكمش فتبقى أفواه الاوعية مفتوحة فتنزف نزفاً شديداً قد يودى بحياة المريضة . أما الاسباب التى تمنع أو تعطّل الالياف العضلية للرحم عن الانقباض فهى : —

(١) بقاء بعض قطع من الاغشية أو المشيمة أو تجمع كتل دموية فى باطن الرحم وهو أهم الاسباب واكثرها حدوثاً . وينشأ ذلك عادة عن خطاء فى معالجة الدور الثالث للولادة .

(٢) خمود الرحم .

(٣) ازدياد تمدد الرحم كما يحدث فى الحمل التوأمى والاستسقاء الامنيوسى .

(٤) الالتهاب الرحمى الجوهرى .

(٥) الولادة البطيئة .

(٦) الولادة الفجائية .

(٧) حدوث أنزفة قبل الولادة لأنها تضعف قوى المريضة .

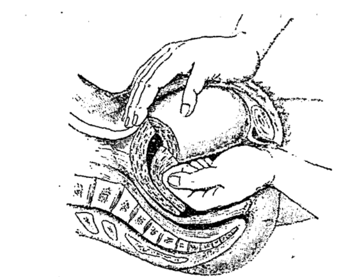
(٨) الأمراض المنهكة للأم وتسممات الدم التى تحدث للحامل، وداء برِيت

(٩) أورام الرحم، كالأورام الليفية

(١٠) الاندغام المعيب المشيمة . لأن الجزء الذى تكون المشيمة مندغمة فيه ، وهو الجزء السفلى للرحم ، لا ينقبض ولا ينكمش بذات القوة التى ينقبض بها قاع الرحم

(١١) امتلاء المثانة بالبول لأنها تعطِّل انقباض الرحم . وهذا السبب من أكثر أسباب النزف حدوثاً ، وقلَّما يلتفت اليه المولّد .

(١٢) الافراط فى تعاطى المشروبات الحمضية مثـل الليموناده وشراب البرتقال لأنها تقلل قوة الدم على التجمد . وهذا من أقل الأسباب أهمية .



(شكل ١٦٧) ايقاف النزف بالضغط المزدوج (هرمن) :

المعالجة — (ا) اذا حدث النزف قبل خروج المشيمـة تمرر قثطرة فى المثانة ثم يُدلك الرحم دلكاً قوياً حتى ينقبض ثم يعصر كما يفعل فى طريقة دويلن لتخليص المشيمة . فان لم تتخلص يدهن الفرج بصبغة اليود ويلبس قفاز عقيم وتفصل المشيمة يدوياً فان لم يقف النزف يدلك الرحم بين يد فى المهبل وأخرى على البطن ثم يعمل زرق رحمى حرارته ٥٠° س .

(ب) اذا حدث النزف بعد خروج المشيمة فاما أن يكون النزف

شديداً جداً أو لا يكون . فان كان النزف شديداً يعمل زرق مهبلى ورحمى ساخن جداً وتدخل يد فى الرحم لاخلائه من الكتل الدموية وتدليكه . فان لم يقف النزف يسد تجويف الرحم بالشاش اليودفورمى سداً متيناً . وفى الأحوال التى لا يكون فيها الماء الساخن جاهزاً يدهن الفرج بصبغة اليود ثم تدخل اليد فى تجويف الرحم لاخلائه من الكتل ولدلكه .

أما اذا كان النزف متوسط الشدة فيجب الابتداء بالطرق البسيطة فان لم تنجح تستعمل الوسائل الأشد منها تأثيراً . ويجب عند البدأة فى العمل تكليف أحد المساعدين بتحضير الزارق وملئه بالماء الساخن الذى درجته ٥٠°س . وتحضير المحقنة الجلدية وملئها بجرام من الأرجوتين أو ماّيجرامين ونصف من سترات الأرجوتينين ويبدأ بالعمل على هذا الترتيب : —

(١) تقثطر المثانة ويدلك قاع الرحم بقوة .

(٢) يحقن ٠٫٠٠٢٥ جم أرجوتينين فى العضلات وجرام من محلول البتوترين .

(٣) تطهّر أعضاء التناسل الظاهرة ويعمل زرق مهبلى بماء ساخن حرارته ٥٠ س ويضاف على كل لتر منه ملعقة صغيرة من الليزول .

(٤) فان لم يقف النزف يعمل زرق فى باطن الرحم بمحلول الليزول الساخن .

(٥) يضغط القاع بقوة بين يد فى الردب المهبلى المقدم وأخرى على البطن وتطرد الكتل التى تكون فيه ثم يعاد عمل الزرق الرحمى . ويجوز أن توضع أصابع اليد المهبلية وراء العنق لا أمامهُ ويثنى الرحم على نفسه ثم يضغط بقوة بين اليدين .

(٦) فان لم يقف النزف تدخل يد فى الرحم وينظّف مما يكون

ملتصقاً به من الأغشية أو القطع المشيمية . ويعاد الزرق الرحمى .

(٧) فان لم يقف النزف يسد التجويف الرحمى بالشاش اليودوفورمى . ولذلك طريقتان : الأولى وهى الموضحة فى (شكل ١٥٢) ولعملها تَضّجع الوالدة على السرير بالعرض ويخفَّض الجدار الخلفى للمهبل بمنظار خلفى ، ثم يجذب العنق الى الاسفل بجفت ذى مشبكين . ويؤتى بالشاش اليودوفورمى ويمسك طرفه بجفت بو زمان ويُدس الشاش فى قاع الرحم . ثم يفتح الجفت ويُجذَب



(شكل ١٦٨) طريقة سد الرحم باليد بغير استعمال آلات

مفتوحاً الى أسفل ويُمْسك الشاش على حذاء العنق ويدس فى القاع وهكذا حتى ينسد التجويف الرحمى سداً متيناً . واذا اضطررنا لاستعمال قطع كثيرة من الشاش تربط الواحدة فى الأخرى . وفى أغلب الأحوال ينقبض الرحم بمجرد تهيج جدره بجزء صغير من السدادة فلا يضطر الأمر الى استعمال مقدار كبير من الشاش .

أما الطريقة الثانية فناجأ اليها اذا لم يكن عندنا جفوت ولا مناظير وفى

عملها يُدْخَل الشاش فى الرحم باليد كما هو موضح فى (شكل ١٦٨) .

ومن الطرق المفيدة فى ايقاف النزف وقتياً مدة الزمن الذى يُحضَّر فيه الزارق والماء الساخن طريقة الضغط على شريان الأورطى . ومن الطرق التى يمكن للقابلات اتباعها طريقة السد الخارجى. ولعملها يربط البطن برباط متين يصل من أعلى السرة الى أسفل المدورين . ثم تحشى المسافة التى بين الرباط وجُدُر البطن بالمحارم (الفوط) والمناديل وغيرها مع ملاحظة أن يكون الرحم أسفل السدادة .

النزف الباطنى — اذا كان النزف باطنياً وهذا نادر جداً يأخذ حجم الرحم فى الازدياد مع ظهور علامات النزف الباطنى . ولا يختلف العلاج فيه عما سبق ذكره .

﴿ النزف بعد الولادة الثانوى ﴾

ويطلق على الأحوال التى يحدث فيها النزف بعد الولادة بأكثر من ست ساعات .

أسبابه — انفصال الكتل الدموية من أفواه الأوعية ، أو حدوث احتقان رحمى باطنى . أما الأول فيتسبب من ازدياد ضغط الدم فجاءة أو من تنكرز جدر الأوعية ، ويتسبب الثانى من بقاء بعض بقايا من الأغشية أو المشيمة فى باطن الرحم ، أو من انثناء الرحم الى الوراء أو من تجمُّع البراز فى المستقيم أو تجمع البول فى المثانة .

المعالجة — اذا كان النزف قليلاً يعطى الأرجوتين وتعصر الكتل فان لم يقف النزف يفعل زرق مهبلى ساخن ، ويتبع بزرق رحمى ساخن ؛ ثم نحاول تشخيص سبب النزف . فاذا كان سببه انثناء الرحم الى الوراء نعدل وضعه ، واذا كان السبب بقاء بعض أجزاء من المشيمة أو الأغشية فى الرحم تُفْصَل

باليد أو بالملعقة الكالَّة . وإذا وجد وعاء مقطوع فى العنق أو المهبل يربط . فاذا استمر النزف يسد باطن الرحم بشاش اليودوفورم .

﴿ الهبوط والصدمة ﴾

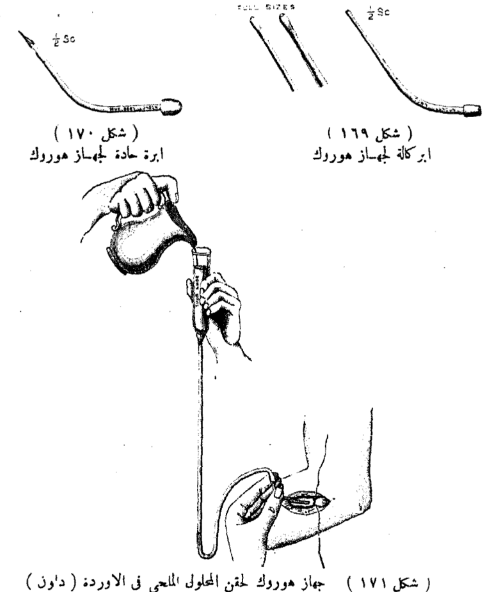
الهبوط (Collapse) هو حالة الانحطاط التى تتبع فقد مقدار كبير من الدم فجاءة .

أما الصدمة فهى حالة أشد خطراً من الهبوط تنشأ عن تغيُّر عميق فى الأنسجة . وقد تتبع النزف كما تتبع كثيراً من العمليات الخطرة الطويلة المدة. وقد تنشأ أيضاً من شدة الألم أو من الخوف الشديد وغير ذلك . ويتميز الهبوط بظهور القلق والاضطراب على المريضة ، وتوالى التنهّد العميق وضعف النبض وسرعته، وشحوب الوجه ، وازرقاق الشفتين . واذا ازدادت الحالة سوءاً تصبح المريضة فى نصف غيبوبة وتعرق عرقاً شديداً ، ويضعف ضغط الدم كثيراً فيكون ذلك سبباً فى توقف النزف . فاذا توقف النزف تبدأ الأعراض فى التحسن التدريجى ، فتمتلئ الأوعية بارتشاح السوائل اليها من الأنسجة المجاورة . فان لم يَعُد النزف بعد ارتفاع ضغط الدم تشفى المريضة . وان عاد النزف تتحوّل الحالة الى صدمة .

وفى أحوال الصدمة يبطؤ سير الدم فى الأوردة والشرايين ويترهَّل الجلد كثيراً، وتتمدد الأوعية الشعرية ويركد فيها الدم . وتعجز الأوعية الدموية عن حجز مصل الدم فيرتشح فى الأنسجة المجاورة ، ويصير الدم أكثر كثافة ويتجمع حامض الكربونيك فى الدم ويقلّ الأوكسجين فيضيق تنفس المريضة . وتحدث حالة التسمم الحمضى (Acidosis) الذى يُفْضِى غالباً الى الموت . فيتندَّى الجلد ويبرُد وترتخى عضلات الوجه، وتنتفخ الخدود أو تغور

للباطن تبعا للتنفس . وعادة يتغير شكل الوجه كثيراً ، ويصير لونه رمادياً قبل وفاة المريضة بقليل .

المعالجة — تجب ملاحظة الأمور الآتية فى العلاج وهى : (١) ان أوعية المصابين بالصدمة الشديدة تتغير بشكل يجعلها لا تضبط الدم أو المحلول الملحى الذى يحقن فيها .



(شكل ١٦٩)
ابر كالة لجهاز هورروك

(شكل ١٧٠)
ابرة حادة لجهاز هورروك

(شكل ١٧١) جهاز هورروك لحقن المحلول الملحى فى الاوردة (داون)

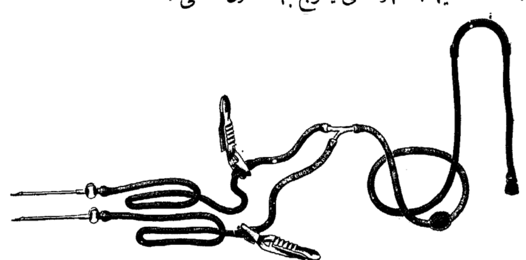
(٢) انه اذا كانت كمية المحاليل التى تحقن فى الأوردة كبيرة جداً أو لو حُقِنَت بسرعة فقد تسبب تمدداً مضرًّا فى القلب ، وذلك لضعف جدره فى أحوال الصدمة .

(٣) ان الهبوط الذى يتبع النزف لا يتسبب من ضعف القلب، فلذلك لا يفيد فى علاجه حَقْنُ الاستركنين ولا الأدرنالين ، لأن الأول يُتْعِب القلب والثانى يسبب احتقاناً فى الكبد يُعَطِّل دورة الدم فيها .

ولهذا السبب اجتهدوا فى ايجاد محلول أكثر من المحلول الملحى مساواةً للدم فى كثافته حتى يسهل بقاؤه فى الأوعية . وربما كان محلول رنجر Ringer أفضل من غيره فى تأدية هذا الغرض . وهو مركّب من :

كلورور الصوديوم	٥,٥٠ جم
كلورور بوتاسيوم	٠,٢٥ جم
كلورور الجير (كالسيوم)	٠,٢٠ جم
ماء	٥٠٠ جم

وقد وجدوا فى أثناء الحرب ان محلول الصمغ المحضّر بنسبة ٢ الى ٦ ٪ ذو فائدة عظمى اذا اضيف الى المحلول الملحى ، لأنه لا يَخْرُج من الأوعية بعد حقنه فيها بالسهولة التى يخرج بها المحلول الملحى .



(شكل ١٧٢)
جهاز بارشار لحقن المحلول الملحى تحت الثديين فى أحوال الهبوط الذى يتبع النزف

علاج الهبوط — يجب اتباع الطريقة الآتية فى المعالجة : —

(١) يوقف النزف بالطرق السابق شرحها .

(٢) تحقن المريضة تحت الجلد بجرام من الإيثر ، ثم بجرامين من الكونياك ، ويُحقَن لها جرام من الپيتويترين فى العضلات .

(٣) تربط الأطراف السفلى والعليا مبتدئين من القدمين فما فوق حتى يُطرَد الدم منها فيتجه الى الأحشاء الحيوية . وتوضع على القلب مكمدات ساخنة .

(٤) تُغطَّى المريضة جيداً ، واذا أمكن يوضع حولها قُبَّة مصنوعة من الأسلاك ، وتُركَّب عليها من عشرة الى عشرين مصباحاً كهربائياً وتغطَّى القبة ببطانية ، فالحرارة التى تحدثها المصابيح تفيد كثيراً فى تدفئة المريضة . ويوضع بين قدميها وخارج ساقيها قِرَبٌ أو زجاجات مملوءة من الماء الساخن .

(٥) تُرفع أعواد السرير من جهة القدمين حتى يساعد ذلك توجيه الدم الى المخ .

(٦) يُحقن لتر من محلول ملحى إما تحت الثديين اذا كانت الحالة متوسطة الشدة ، أو فى الأوعية اذا كانت ثقيلة . واذا أمكن الحصول على المحلول الصمغى السالف الذكر يكون ذلك أفضل بكثير .

(٧) بعد عمل الحقن تحت الجلد يُحقَن فى الشرج نصف لتر من القهوة القوية مضافاً اليها ثلاثون جراماً من الكونياك أو الوسكي .

(٨) اذا لم تتحسن الحالة وابتدأ التنفس فى الضعف يعمل التنفس الصناعى . وتنشَّق المريضة الأوكسجين .

(٩) فى الأحوال التى لم يمكن فيها عمل الحقن الملحية تحت الجلد أو فى الأوردة تعمل حقن ملحية شرجية ، ويلاحظ أن يكون نزول السائل نقطة فنقطة حتى يسهل امتصاصه من الشرج .

(١٠) فى الأحوال التى تفقد فيها المريضة مقداراً هائلاً من الدم لا تصلح السوائل الملحية ولا غيرها فى ارجاع ضغط الدم .

وقد جربوا بنجاح كبير حقن الدم نفسه فى أوردة المريضة ولعمل ذلك طريقتان : (١) الطريقة المباشرة . و (٢) الطريقة غير المباشرة .

(١) **الطريقة المباشرة** — فى هذه الطريقة يوصل شريان من المعطى (اى الشخص الذى سينْقَل منه الدم) بوريد المريضة القيفالى بواسطة انبوبة زجاجية منتفخة من الوسط ومدبّبة من الطرفين . وهذه الأنابيب تحفظ عادة مغلّفة بالپارافين . وفى وقت استعمالها ينزع عنها الپارافين ما عدا غلافاً رقيقاً جداً . وبعد أن توصل بشريان المعطى ووريد المريضة يسلّط عليها مجرى من الماء الدافىء لحفظ الدم الذى يمر فيها فى درجة حرارة الجسم . وهذه الطريقة لا تخلو من الخطر وقل من يستعملها .

الطريقة غير المباشرة أو طريقة فايل — يُمَصّ بحقنة عقيمة ٢٥٠ جراماً من الدم من الوريد القيفالى للمعطى وتوضع فى اناء من الزجاج عقيم ودافىء ويضاف الى الدم حالاً ١٠ ٪ من محلول سترات الصودا المحضر بنسبة ١٠ ٪ لمنعه من التجمّد ويحقن بسرعة فى أحد أوردة المريضة .

ويجب قبل الحقن التحقق من ان دم المعطى (أى الذى يؤخذ منه الدم) لا يسبب تجمُّع كرات دم المريضة فى كتل، أى تَلَبُّدَه، لأنه فى هذه الحالة قد يسبب أعراضاً خطرة . وتوجد أنابيب مخصوصة لهذا الغرض نعرف باضافتها الى الدم اذا كان موافقاً أو غير موافق .

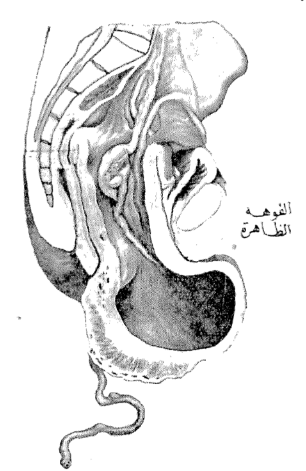
ولكن من الواضح ان هذه الطريقة لا يمكن اتباعها الاّ فى احوال خاصة فى المستشفيات التى يوجد فيها أشخاص معدّون لهذا الغرض يكون قد فُحص دمهم للتأكد من خلوّه من الأمراض كالزهرى وغيره ، وللتأكد أيضاً

من أن دمهم يوافق دم المريضة التي سيحقن فيها . ويوجد أشخاص دمهم يتوافق مع أي دم فهؤلاء هم الذين يمكن أخذ دمهم بلا خوف .

﴿ انقلاب الرحم ﴾

الانقلاب الحاد للرحم نادر الحدوث جداً . واذا انقلب الرحم فقد يكون انقلابه تاماً أو ناقصاً .

الأسباب — يحدث الانقلاب غالباً اذا كان الرحم كبيراً ورخواً ورقيق الجدر . وقد يتسبب من : —



(شكل ١٧٣) انقلاب الرحم الحاد (بعد الولادة مباشرة)

(١) جذب الحبل السُرى لتخليص المشيمة اذا كانت لا تزال ملتصقة.

(٢) الحزق الشديد بعد ولادة الجنين والولادة الفجائية ، وعصر الرحم بطنياً بشدة متناهية .

الأعراض — يتبع حدوث الانقلاب هبوط شديد يأتى عادة بعد الانقلاب حالاً ، ويندر أن يتأخر بضع ساعات . وقد يحدث نزف أو لا يحدث بحسب ما اذا كانت المشيمة ملتصقة كلها أو انفصل جزء منها .

التشخيص — انقلاب الرحم — مثل انقلاب أصبع القفاز — يصيّر الوجه الباطن ظاهراً والظاهر باطناً . فاذا وُضعت اليد على البطن لا يُحس بالرحم فى وضعه الطبيعى . واذا دقق فى الفحص يحس فى أسفل مكان الرحم بانبعاج فنجانى . واذا فحص المهبل نجده مملوءاً بورم كروى هو قاع الرحم ونجد المشيمة ملتصقة به . فاذا كان الانقلاب جزئياً يحس بالعنق محيطاً بالورم مثل الحلقة .

العلاج — تُفصل المشيمة ويُدفع الرحم داخل المهبل ان كان متدلياً خارجاً . ويُبدأ فى ردّه بادخال الجزء الأعلى . وغالباً يسهل ادخال الجدار المقدم قبل الخلفى . ومتى رُدَّ الرحم يُسد تجويفه بالشاش اليودوفورمى بعد غسله جيداً بمحلول الليزول .

﴿ التجمعات الدموية للمهبل والفرج ﴾

قد ينقطع وعاء دموى فى النسيج الخلوى للمهبل أو الفرج من شدة تمددهما أثناء خروج الرأس فى الأحوال التى يكون فيها المهبل ضيقاً ، أو فى الأحوال التى يستعمل فيها الجفت ، فيأخذ الدم فى الانتشار فى الأنسجة الخلوية مكوّناً ورماً صغيراً مرناً أزرق اللون يأخذ حجمه فى الازدياد تدريجياً . ويصطحب حدوث ذلك بألم واغماء تختلف درجتهما بحسب مقدار الدم الذى نزف . ويحدث ذلك عادة فى أثناء الولادة ، ولكن قد لا يدرك وجوده الا بعدها . وقد يستمر النزف فى الأنسجة الخلوية حتى تنفجر ويتحوّل

النزف الخلالى الى نزف ظاهر. وقد يتبع الدم النازف سير الأنسجة الخلوية فيمتد الى جدر البطن ، أو يهبط الى العجان على حسب ما اذا كان الوريد المتمزق أسفل الصفاق العجانى العميق أو أعلاه. فاذا لم يوقف النزف فقد تموت المريضة. ولكن هذه النهاية المحزنة نادرة ، وأغلب التجمعات الدموية لا يكبر حجمها كثيراً ، وغالباً تنتهى بالامتصاص أو التقيح.

العلاج — يختلف بحسب ما لو حدث النزف قبل الولادة أو بعدها.

أما لو حدث قبل الولادة فان كان حجم التجمع صغيراً تترك الولادة للطبيعة ، وان كان آخذاً فى الازدياد يوضع الجفت. وان كان حجم التجمع كبيراً يَمْنَع نزول الرأس يُشق التجمُّع بالمشرط ، ثم ينظَّف من الكتل وتولَّد المريضة بالجفت. وبعد الولادة يسد التجويف بالشاش اليودوفورمى ان كان كبيراً ، ويخاط بالكاتجوت بغُرَز تصل الى قاعه ان كان صغيراً.

أما بعد الولادة فان كان التجمع صغيراً يترك لذاته حتى يُمتَص. وان كان كبيراً يُشَق ويُسَد بالشاش اليودوفورمى بعد ازالة الكتل. وان أمكن سد التجويف بالغرز العميقة بالكاتجوت كان ذلك أفضل. وان تُركت الحالة للطبيعة وتقيّح التجمع يعالج معالجة الخراجات.



الفصل الحادى والعشرون

﴿ التغيرات غير الطبيعية التى تطرأ على القوّة القاذفة الرحمية ﴾

الولادة الفجائية

قد تتغير القوة القاذفة للرحم إما بالزيادة أو بالنقص . فقد تكون الانقباضات الرحمية أقوى بكثير مما يلزم للتمديد التدريجى للأجزاء الرخوة للأم فيولد الجنين بسرعة شديدة ، فى وقت قد لا تكون الأم فيه فى الوضع المناسب للولادة ، فينشأ من ذلك تمزق الحبل السُرى ، والانفصال المعجَّل للمشيمة ، وانقلاب الرحم . وربما صدم الجنينُ الأرضَ فأصابه ارتجاج فى المخ قد يودى بحياته . وتصطحب الولادة الفجائية غالباً بتمزقات متسعة فى العجان ، وكثيراً ما تُصاب الأم عقب الولادة بالاغماء والهبوط .

العلاج — اذا شوهدت الماخض فى أول ولادتها تُمنع عن الحزق ثم تُعطَى الكلوروفورم لتقليل قوة الطلق . ويجب أن تلاحظ بدقة فى أثناء الدور الثالث للولادة . وتُوصَى بأن تلازم منزلها فى ولاداتها التالية مدة النصف الأخير للشهر التاسع خوفاً من حدوث الولادة وهى فى الطريق أو فى أثناء السفر .

﴿ خمود الرحم ﴾

خمود الرحم هو ضعف انقباضاته بحيث لا تستطيع احداث القوة الكافية لقذف الجنين فى الوقت الطبيعى . وقد يكون الخمود ابتدائياً أو ثانوياً .

الخمود الابتدائى — قد يتسبب الخمود الابتدائى من ضعف فى عضلات

الرحم نفسها أو من عيب خلقى فى تركيبه أو من اصابته بالالتهاب الجوهرى قبل حدوث الحمل ، أو من شدة تمدده اذا كان الحمل توأمياً أو بسبب استسقاء امنيوسى ، أو لوجود أورام ليفية فيه ، أو لتكرار حدوث الحمل .

وقد يتسبب أيضاً من ضعف الوالدة بسبب اصابتها بأمراض عمومية ، أو من ضيق الحوض العمومى لأنه يمنع انحشار الجزء الآتى به الجنين فلا تتنبه العُقَد العصبية العنقية التى تحرّض الطلق . والدرجات الخفيفة من الخمود قد تتسبب من امتلاء المثانة بالبول أو المستقيم بالمواد البرازية ، أو من الجوع أو من امتلاء المعدة وتخمتها ، أو من قلة النوم ، أو من قلق المريضة والتنبُّه العصبى ، ومن شدة الاحساس بالوجع .

الاعراض — قد يبدأ الطلق طبيعياً ويتمدد العنق جزئياً ثم يأخذ الطلق فى الضعف وتقف الولادة يوماً أو اكثر . وقد يتفق أن يزول الطلق بالمرة وبعد اسبوع أو اثنين يعود الطلق ثانيةً وتتم الولادة طبيعياً . واكثر من هذا حدوثاً أن الطلق يكون فى أول الأمر ضعيفاً جداً ولا يُحدِث تمدداً كبيراً فى العنق ولا تقدُّماً فى انحشار الرأس . ولكن الوجع يكون شديداً وبالأخص وقت تمدد العنق فتصرخ المريضة وتهيج فتُقلق الذين حولها وربما شكُّوا فى مقدرة الطبيب المُباشر . فاذا دامت هذه الحالة يوماً أو اكثر فقد يميل الطبيب الى انهاء هذه المضايقات فيوسّع العنق ويتمم الولادة بالجفت . ولكنه لو فعل ذلك لكان ممهِّداً السبيل لحدوث المضاعفات الخطرة كالتمزق البالغ فى العنق والنزف الشديد بعد الولادة واحتباس المشيمة وهى سلسلة مضاعفات قد تنتهى بوفاة الوالدة .

العلاج — يبحث عن سبب الخمود . ويجب التفريق بين الخمود الابتدائى والثانوى . فان وجد ان السبب امتلاء المثانة بالبول تقثطر ، ولو كان فى الامعاء

قبض تعمل حقنة شرجية . وان كانت المريضة ضعيفة بسبب امتناعها عن الأكل تغذّى بالأطعمة السهلة الهضم . وان كانت تُنْهِك قوّتها بالطلق تنصح بعدم اجهاد نفسها . ثم يعطى لها ٠,٠٣ جم من كلوريدرات المورفين حقناً تحت الجلد أو تعطى الجرعة الآتية : —

خلاصة الأفيون السائلة	٠,٧٠ جم
برومور النوشادر	١,٠٠ «
شراب الكلورال	٥,٠٠ «
ماء نعناع لغاية	٣٠,٠٠ «

هذه هي المعالجة التي تتَّبع قبل انفجار جيب المياه . أما لو وجد الجيب منفجراً قبل تمدد العنق فالحالة لا تخلو من خطر على الطفل . وغالباً يموت الجنين اذا طالت الولادة اكثر من ٣٦ ساعة . وفى هذه الحالة يجب عمل التسمع المتكرّر لمعرفة عدد ضربات قلب الجنين . فان زادت عن ١٥٠ فى الدقيقة فالواجب مساعدة انهاء الولادة أما لو بَطُؤَت جداً فى الفترة بين الطلقات فالغالب ان الجنين فى خطر شديد .

واذا طالت مدة المخاض وبدأت المريضة تضعف فالواجب التداخل. انما يُجرَّب قبل ذلك حَقْنُ المريضة بجرام من محلول البتوترين فى العضلات واعطاؤها جراماً من سلفات الكنين مجزءاً على ثلاث دفعات بين الواحدة والأخرى ساعة . وتشجَّع على التغذِّى بالعسل الاسود والسكر لأنه يقوِّى الطلق أحياناً . وينصح بعض المولدين بحقن المريضة بمقادير صغيرة من الاستركنين والارجوتينين ولكن ليس لى خبرة بتأثيرهما . وفى أثناء ذلك تعمل الزروقات المهبلية الساخنة كل ساعتين . وتُشَجَّع المريضة وتُطَمأَن لأن على صبرها المعوّل الاكبر فى النجاح .

الجمود الثانوى — الجمود الثانوى أندر بكثير من الجمود الابتدائى . وهو يحدث من ذات الأسباب التى تسبب الجمود الابتدائى ويضاف عليها الاسباب التى تُحدث عسر الولادة مثل ضيق الحوض وكبر حجم الرأس ، وارتخاء جدر البطن وصلابة الأجزاء الرخوة للأم .

وفى النوع المتسبب من عسر الولادة ترتفع حلقة الانكماش فوق جسم الجنين فتصبح الكتلة العضلية للرحم فوق الجنين لا حوله فلا يبقى لها تأثير شديد على قذفه .

التشخيص التفريقى — يتميز الجمود الثانوى المسبب عن عسر الولادة عن الجمود الابتدائى فى انه يصطحب بارتفاع حلقة الانكماش فوق العانة بأكثر من ثلاثة سنتيمترات . وبأن الطلق يأخذ شكلاً تشنجياً . ويصير البطن مؤلماً جداً ويسرع النبض وترتفع الحرارة ويجف اللسان ويظهر على المريضة القلق والخوف والاضطراب .

المعالجة — تولّد المريضة بأسرع الطرق الممكنة اذا كان الجمود ناشئاً من عسر الولادة . ويعالج معالجة الجمود الابتدائى فى الأحوال الأخرى .

﴿ صلابة العنق التشنُّجية ﴾

متى ابتدأ المخاض تأخذ الألياف الحلقية المحيطة بالفوهة الباطنة والظاهرة فى الارتخاء ، ولكن قد يحدث فى بعض الأحوال أن تنقبض هذه الألياف بدلاً من أن تمدد ، ويحدث ذلك على الأكثر عند بكريات الولادة المتقدمات فى السن . ومن الأسباب المحرّضة له ضعف الانقباضات الرحمية ، والانفجار المعجل لجيب المياه ، والالتصاقات المرضية بين الأغشية والعنق ، والمجىء المعيب ، وازدياد الاحساس بالألم عند المريضة ، واعطاء الارجوتين ، أو اعطاء البيتوترين قبل تمام تمدد العنق .

المعالجة — تختلف باختلاف السبب . فان كان الطلق ضعيفاً يُبحث عن السبب ، فان كان السبب امتلاء المثانة والمستقيم يُخلَيان : الأولى بالقثطرة والثانى بالحُقَن الشرجية . وتعطى الزروقات المهبلية الساخنة . واذا كانت المريضة شديدة الاحساس يُعْمَل لها حقنة مورفين أو تعطى جرعة فيها جرام كلورال ايدراتى . واذا وجد أن الأغشية ملتصقة تفصل بالأصبع من العنق ؛ واذا كان الجيب انفجر معجلاً وارتفعت حرارة الأُم ، أو سرع بنبضها ، أو ظهرت دلائل خطر على الجنين يوسَّع العنق بممدد فرومر أو بكيس شامبيتيه دى ريب

﴿ الانفجار المعجَّل لجيب المياه ﴾

قد ينفجر جيب المياه قبل الولادة بأيام أو أسابيع . وقد يستمر الحمل بلا ضرر كبير للأُم والجنين ، وقد يحدث هـذا الانفجار ذاتياً ، أو بسبب صدمة . والغالب أن السائل الامنيوسى لا يتصرّف كله بعد انفجار الجيب ، بل يبقى أكثره فيمنع الضغط المضرّ على الجنين . وقد تنثقب الأغشية فى جهة بعيدة عن العنق فينزل السائل على دفعات متباعدة . ومتى ابتدأ المخاض يتكون الجيب كالعادة

وانفجار الجيب قبل حدوث المخاض من الحوادث السيئة النتيجة . فقد تنجم عنه وفاة الطفل ، ووصول العدوى الى باطن الرحم فتصاب الأُم بالعفونة . وان لم يحدث هذا ولا ذاك وبدأ المخاض يحدث ما يسمى بالولادة الجافة . وانفجار الجيب المعجّل فى أول الولادة غالباً يحدث غالباً فى المجىء المعيب وضيق الحوض .

التشخيص — يجب تمييزه عن السيلان المائى للحوامل الناشئ عن التهاب السواقط ، وعن سلس البول ، وانفجار الجيب الأول فى الأحوال التى يتجمع

فيها سائل فى المسافة بين غشائى الامنيوس والسلى .

المعالجة — تلازم المريضة الفراش حتى لا يتصرّف ما بقى من السائل ، وتُمنع عن الجماع ولا يعمل لها حقن مهبلى ولا زروقات مهبلية . فان هذه كلها تعرّضها للعدوى . وتُراقَب ضربات قلب الطفل وحرارة الأم ونبضها . فان ارتفعت حرارة الأم (دليل تعفن السائل) أو اذا زادت ضربات قلب الجنين عن ١٦٠ وعلى الأخص لو نقصت عن ١١٠ باستمرار فالواجب التداخل لأن هذا يدل على أن حياة الطفل فى خطر . وأفضل طريقة للتداخل تمديد العنق بمددات هجار أولاً ثم بممدّد فرومر الى أن يمكن ادخال كيس شامپيتيه دى ريب .

﴿ الانقباض المستمر للرحم أو الانقباض التشنجى ﴾

قد سبق القول أن فى الولادة الطبيعية ينقبض القسم العلوى للرحم وينكمش بحيث أنه متى زال الانقباض لا تعود الألياف الى حالة ارتخائها السابق بل تنكمش قليلاً أى تقصر وتغلظ ، وان الياف القسم السفلى تطول وتترقق ، وان انكماش الألياف العليا هو السبب فى قذف الجنين الى المهبل وولادته . لأنه لو لم تنكمش الأليـاف عقب انقباضها لارتدّ الجنين الى مكانه فى الرحم بعد زوال الطلقة : ومتى زاد الانكماش يصغر حجم الرحم فينقذف الجنين من الرحم الذى لم يعد كافياً لأن يَسَعهُ . ففى الأحوال الطبيعية ينزل الجنين الى المهبل ثم يولد . أما اذا كان هناك سبب يمنع ولادته ، فان انكماش الياف القسم العلوى لا بدّ وأن يجذب الألياف المكوّنة للقسم السفلى للرحم فيمددها فتطول وترقّ . وفى أول الولادة يكون خط الاتصال بين هذين القسمين وهو الذى يعبّرون عنه بحلقة الانكماش أو حزام بندل أسفل العانة فلا يُحَسّ به بطنيا ، فاذا طال المخاض أخذ هذا الخط فى

الارتفاع فيُحَسّ به بطنياً . وقد يصل الى السرّة ، وربما تعداها فى الأحوال التى تعسر الولادة فيها عسراً شديداً .

وقد طال الخلاف بين المولدين والمشرّحين على تعيين ماهية القسم الواقع فى اسفل حلقة الانكماش أى الجزء السفلى للرحم . فذهب البعض على أنه ينشأ من نمو وتمدد العنق ، وان حلقة الانكماش هى فى الحقيقة فى حذاء الفوهة الباطنة . ولكن الاغلبية متفقة الآن على أن الجزء الأعلى من القسم السفلى للرحم ينشأ من جسم الرحم نفسه وليس من العنق .

وقد يظهر لأول وهلة أنه من السهل التحقق مما اذا كان القسم السفلي للرحم مكوّناً من تمدد العنق ، أو أن الرحم نفسه يشترك فى تكوينه . وذلك لأنه لو كان القسم السفلي مكوّناً من العنق فقط لَوُجِدَ مغطًى دائماً بالغشاء المخاطى العنقى ، ولو كان من الرحم والعنق معاً لكان الجزء المكوّن من الرحم مغطًّى بالساقط ، ولكن الواقع ان النماذج المحفوظة التى يمكن الاستدلال منها على ذلك تفقد تفاصيل تركيبها فى أثناء تحضيرها .

أسباب الانقباض المستمر للرحم — له سببان :

الأول — تعسُّر الولادة .

الثانى — اعطاء الارجوتين والجنين لم يولد بعد ، أو اعطاء البيتوتيرين قبل تمدد العنق .

الأعراض — ترتفع حرارة المريضة ويسرع نبضها ويأخذ وجهها سيمى القلق . وتشعر بأوجاع تقلُّصية شديدة فى البطن . فاذا جُسّ الرحم وُجد منقبضاً ومنطبقاً تمام الانطباق على الجنين بحيث يعسُر تمييز أجزائه . ويكون الرحم مؤلماً عند الجس وغالباً لا تُسمع ضربات قلب الجنين عند التسمع ، لأن انقباض الرحم المستمر يقلّل السطح المشيمى ويضغط الحبل بين الجنين

والرحم فيقلّ ورود الأوكسجين الى الجنين فيموت . واذا كان الرأس محشوراً فى الحوض يشاهد أن المهبل جافٌ لعجز الغدد المنقية عن الافراز ، وغالباً يكون منتفخاً بالارتشاح (ايديما) ، ويكون الرأس متحشّراً بحيث لا يستطيع التقدم ولا التأخر . وعظام الجمجمة تكون شديدة التراكب بعضها على بعض ، والحدبة الدموية المصلية تكون كبيرة الحجم . واذا كان المجيء بالكتف نجده محشوراً فى الحوض ونجد الذراع ساقطاً .

المعالجة — يعطى للمريضة حقنة مورفين ٠٫٠٣ ثم تنوّم جيداً تحت الكلوروفورم ، ومتى ارتخى الرحم نوعاً يُخلَّص الجنين بالتفتيت أو التقطيع ان كان ميتاً وهو الأغلب . أما ان كان حياً فيجرَّب وضع الجفت ، ولكن لا يجوز التمادى فى التجربة فتعرَّض الأم للخطر الشديد . ويحسن فى هذه الأحوال عمل العملية القيصرية اذا كان الرحم طاهراً.

وقد ميَّزوا حديثاً نوعين آخرين من الانقباض الرحمى المستمرّ . ففى النوع الأول يكون الانقباض الرحمى عاماً لكل الرحم سواءً فى ذلك القسم العلوى والقسم السفلى . ويسمّون هذا النوع « الرحم المتهيّج » . وفى النوع الثانى يكون الانقباض المستمر مقصوراً على جزء منه ويسمون الجزء المنقبض « حلقة الانقباض » تمييزاً لها عن حلقة الانكماش . ويتميز هذان النوعان بأن القسم السفلى للرحم لا يكون فيهما مترققاً ومتسعاً . وبهذا يفرقان عن النوع السابق وهو الانقباض المستمر أو التشنجى للرحم . وفى كلا النوعين أى الرحم المتهيج والذى فيه حلقة انقباض تستحيل ولادة الجنين قبل زوال الانقباض .

(شكل ١٧٤)
ترقق القسم السفلى للرحم فى حالة ولادة عسرة (شرودر)

﴿ الرحم المتهيج ﴾

يحدث هذا النوع غالباً من تكرار محاولة التوليد بالآلات أو بالتحويل بلا جدوى . ومن المحقق أن لتعفن الرحم دخلاً فى حدوثه .

وفى هذا النوع يكون الرحم منطبقاً على الجنين تمام الانطباق فيصعب جداً ادخال اليد فى الرحم .

العلاج — يُمتنع عن ادخال اليد أو الآلات فى الرحم الى أن يزول الانقباض ، ويتم ذلك باعطاء المريضة ٠٫٠٣ مورفين حقناً تحت الجلد ، وتبنيجها تبنيجاً تاماً بالكلوروفورم . وغالباً لا تمرّ نصف ساعة الى ساعة حتى يرتخى الرحم . فاذا تم ذلك يجب أن تولّد المريضة بسرعة ومهارة خوفاً من عودة الانقباض .

﴿ حلقة الانقباض ﴾

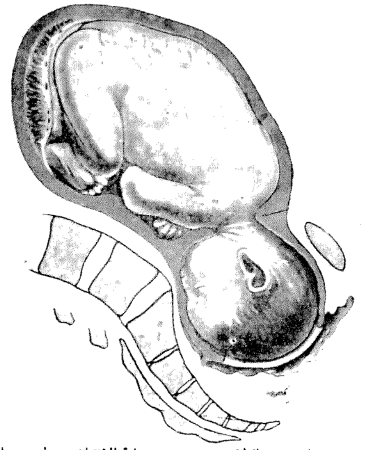
هى انقباض موضعى فى جزء من الألياف الحلقية للرحم فوق جزء من الجنين قليل المقاومة مثل اخدود فى جسمه . وربما حدث الانقباض أسفل الجزء الآتى به الجنين .

أسبابه — يحدث فى المجىء المعيب وعلى الأخص لو اصطحب بالانفجار المعجَّل لجيب المياه . وقد يحدث أيضاً من الافراط فى المحاولات غير المُجْدية فى الولادات العسرة .

العلامات — فى هذا النوع لا يكون الرحم منقبضاً انقباضاً تشنجياً بل يحدث الطلق كالعادة . وفى الفترة بين الطلقات يكون الرحم مرتخياً . ولا يُحَس بحلقة انكماش أو انقباض بطنياً . واذا بحثنا المريضة لنقف على سبب عسر الولادة ، وأدخلنا أصابعنا فى الرحم نجد انقباضاً موضعياً فى أحد

أجزاء الرحم حول جزء من الجنين . واذا استطعنا مجاوزة الجزء المنقبض نجد جسم الرحم فى أعلا الانقباض مرتخياً .

المعالجة — لا يفيد فى هذا النوع من الانقباض اعطاء المورفين ولا الكلوروفورم . وتجب محاولة تخليص الجنين بالجذب على الرأس بالجفت . ويحاول بعض المولّدين ارخاء الانقباض بالتوسيع باليد ولكن ذلك لا ينجح



(شكل ١٧٥) تعسر الولادة بسبب وجود حلقة الانقباض حول عنق الجنين .

الاّ فى الأحوال الخفيفة جداً . وغالباً يضطر المولِّد لأن يضع الجفت ويربط بقابضته ثقلاً وزنه سبعة أرطال . فهذا الضغط التدريجى على حلقة الانقباض يُرْخيها مع مرور الوقت . ولا يحدث ذلك عادة قبل مرور ساعة . فان لم ينجح ذلك فالمعالجة تختلف بحسب ما اذا كان الجنين حياً أو ميتاً وبحسب طُهْر الرحم . فان تأكدنا أن المداخلات التى عُملت كانت تجرى مع ملاحظة

التعقيم التام ، وكان الجنين حياً ، فالأفضل عمل العملية القيصرية . وان كان الجنين ميتاً أو كان الرحم عفناً يفتت الرأس ، ويُخرج الجسم بالتقطيع اذا اقتضى الأمر . وغالباً تكون العملية فى منتهى الصعوبة ، لأن حلقة الانقباض تعيق كل المجهودات التى تُبْذَل فى التوليد .

الفصل الثانى والعشرون

﴿ الولادة العسرة ﴾

تتعسَّر الولادة من وجود موانع تعطل سيرها إما فى الأُم أو فى الجنين أو فيهما معاً . فالأسباب الأُمية هى الآتية : —

(١) ضيق الحوض .

(٢) الأورام الرحمية أو المبيضية أو المهبلية أو الفرجية أو الحوضية .

(٣) ضيق وانسداد العنق أو المهبل .

(٤) التشوّهات الخلقية للرحم أو المهبل

(٥) الأوضاع المرضية للرحم .

أما أسباب عسر الولادة من جهة الجنين فهى : —

(١) المجىء والأوضاع والهيئة المعيبة .

(٢) الضخامة العمومية للجنين أو للكتفين فقط .

(٣) التشوهات الخلقية والأورام .

(٤) الأجنَّة المتلهوجة .

(٥) اشتباك الأجنة فى الحمل التوأمى . وقد سبق الكلام عنه

﴿ أسباب عسر الولادة من جهة الام ﴾

(١) ضيق الحوض

سنشرحه بالتطويل فى الفصل الآتى .

(٢) الأورام

الأورام الرحمية — الأورام الرحمية التى تعطل سير الولادة هى الأورام الليفية ، وسرطان العنق . أما الأورام الليفية فتسبب عسر الولادة إما من وقوفها فى طريق الجنين ، أو من أضعافها الألياف العضلية للرحم ، أو من احداثها للمجىء المعيب . أما سرطان العنق فيسبب عسر الولادة لأن التغيّرات التى يحدثها فى الياف العنق تجعله يتمدد بغاية الصعوبة .

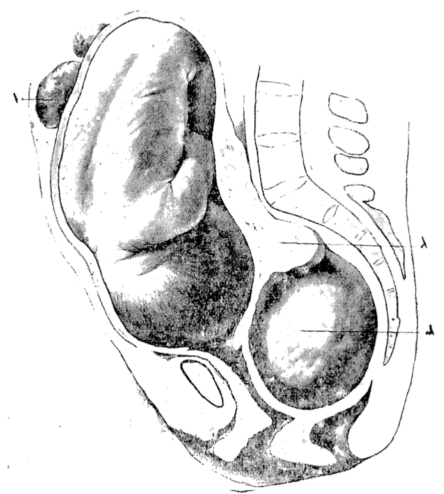
الأورام المهبلية والفرجية : أهمها التجمعات الدموية وايديما المهبل والفرج

الأورام المبيضية — أهمها الأكياس المبيضية والأورام الليفية والسرطانية للمبيض .

الأورام الحوضية — هى الأورام العظمية والغضروفية والليفية والسركومية والسرطانية . وهى تسبب عسر الولادة لأنها تحدث ضيقاً فى الحوض تختلف درجته بحسب وضع الورم وحجمه .

المعالجة — الأورام الليفية للرحم كثيرة الحدوث ولكنها لا تشاهد كثيراً عند الوالدات لأن أنواعها الخلالية وتحت المخاطية تكون مصحوبة بالتهاب رحمى باطنى يسبب فى الغالب العقم أو الاجهاض . أما معالجتها فتختلف بحسب نوعها . فاذا كانت على هيئة بوليبوسات متعنقة وبارزة من العنق فالأفضل استئصالها بمجرد تشخيصها ، لأنها فى الغالب تعطّل تخليص الجنين

وربما ماتت (تغنغرت) من شدة ضغط الجنين عليها فى أثناء الولادة .



(شكل ١٧٦) عسر فى الولادة ناشىء من امتلاء الحوض بورم ليفى رحمى (بم)
١ — ورم ليفى تحت بريتونى . ٢ — ورم ليفى خلالى . ٣ — ورم ليفي تحت بريتونى مالىء لتجويف دوجلاس .

أما اذا كانت الأورام خلالية أو تحت بريتونية وكانت مالئة للحوض فى أثناء الولادة فاذا لم نقدر على دفعها الى أعلى الحوض بحيث يسهل مرور الجنين فالأفضل فتح البطن واستخراج الجنين بالعملية القيصرية، ثم استئصال الرحم أو قلع الأورام ان أمكن ذلك .

وبالرغم من امكان حدوث هـذه المضاعفات فاننا كثيراً ما نشاهد أوراماً ليفية تسدّ الحوض فى أول الولادة ، ولكنها تنجذب خارج الحوض متى تقدّم المخاض فتنتهى الولادة طبيعياً ولا يتبعها نزف ولا مضاعفات .

أما أورام العنق السرطانية فاذا شخصت فى أثناء الولادة فالأفضل تخليص الجنين بالعمليـة القيصرية ثم استئصال الرحم . أما اذا كان الورم فى حالة متقدمة جداً ولا يرجى شفاء الأم منه فنحاول تخليص الجنين بتمديد العنق صناعياً إما بالممددات أو الشقوق الجانبية. وأفضل من ذلك عمل العملية القيصرية لأن تخليص الجنين من عنق مصاب بالسرطان كثيراً ما يؤدى الى تمزقات بالغة تحدث نزفاً قتالاً .

أما الأورام والأكياس المبيضية فاذا شخصت مدة الحمل فالأفضل استئصالها لأنها غالباً تسقط فى الحوض وعلى الأخص لو كانت صغيرة الحجم فتعيق خروج الجنين. وقد يلتوى عنيقها وتموت (تتغنغر) أو تتقيح أو تنفجر أو تنزف فى البطن من انفجار وعاء فى غلافها. أما اذا لم تُشَخَّص الآن فى وقت الولادة فنجتهد فى دفعها خارج الحوض، فان لم تُفْلح وكان الورم أسفل الجنين نبزله بآلة بازلة ، فان لم يصغر حجمه لدرجة تسمح بولادة الجنين فالواجب إما فتح البطن واستئصال الورم أو استئصاله بالشق المهبلى .

أما الأورام الحوضية فاذا كانت كبيرة لدرجة تجعل ولادة الجنين مستحيلة فاللازم تخليص الجنين بالعملية القيصرية .

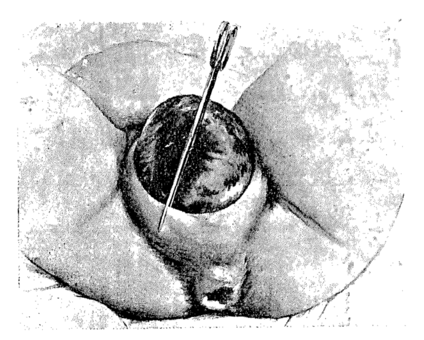
(٣) ضيق وانسداد المسالك التناسلية .

قد يكون الضيق والانسداد فى العنق أو فى المهبل . أما ضيق العنق فيتسبب (١) من ازدياد صلابة الألياف العضلية أو من زوال مرونتها كما يحدث عند بكريات الولادة المتقدمات فى السن . وقد يتسبب (٢) من سقوط العنق خارج الفرج أو (٣) من انكماش ندبة التحام عملية سابقة مثل بتر العنق اذا فعلت على غير الاصول ، أو (٤) من تغنغر العنق فى

ولادة سابقة ، أو (٥) من انكماش العنق الناشىء عن الافراط فى استعمال المواد الكاوية ، أو (٦) من وجود أورام خبيثة . أما انسداد العنق فسببه حدوث التهاب عنقى التصاقى بعد الحمل .

التشخيص — بالفحص المهبلى نجد انه بالرغم من كون الانقباضات الرحمية قوية فان العنق لا يمحى ولا تمدد الفوهة الظاهرة. وقد نحس فيه بندبة التحام ان وجدت .

المعالجة — اذا كان السبب وجود التصاقات بسيطة بين حوافى الفوهة الظاهرة فمن السهل ازالتها بالأصبع أو بالمجس الرحمى . أما اذا كان سبب الضيق



(شكل ١٧٧)
قطع المجان اذا تعسر خروج الرأس بسبب صلابة الانسجة .

ازدياد صلابة العنق من تغييرات حدثت فى أليافه أو من زوال مرونة الألياف العضلية فالمعالجة تنحصر فى عمل الحمامات النصفية الساخنة والزروقات المهبلية الحارة فان لم نفلح نمدد العنق بممددات فرومر أو بعمل شقوق جانبية .

ضيق المهبل والفرج — قد يكون الضيق خلقياً أو نتيجة تقرحات عميقة

أو أورام خبيثة . وفى بعض الأحوال قد توجد صلابة شديدة فى العجان عند بكريات الولادة المتقدمات فى السن فتسبب صعوبة كبرى فى مرور رأس الجنين وتعالج بوضع الجفت . فان لم يفد تُفْعل الشقوق العجانية الجانبية (انظر شكل ١٧٧)

أما اذا وجد ضيق شديد فى المهبل أو انسداد جزئى خلقى فيه فيعالج بعمل الشقوق الجانبية ، وفى الأحوال الشديدة تفعل العملية القيصرية .

(٤) التشوهات الخلقية للرحم والمهبل

سبق شرحها فى صفحة ٣٠٤

(٥) الأوضاع المرضية للرحم

سبق شرحها فى صفحة ٣٠٦

﴿ أسباب عسر الولادة من جهة الجنين ﴾

(١) الأوضاع المعيبة والمجىء المعيب .

المجىء — كل مجيئ معيب ما عدا المجىء بالمقعدة يسبب عسراً فى الولادة . وقد سبق الكلام على ذلك فى شرح ميكانيكية الولادة .

الاوضاع — أهمها بقاء المؤخر متجهاً الى الوراء فى المجىء بالقمة ، وبقاء الذقن متجهاً الى الوراء فى المجىء بالوجه .

الهيئة — قد تتغير علاقة أجزاء الجنين بعضها ببعض وهو فى الرحم بحيث يتسبب عن ذلك عسر فى الولادة . وأهم هذه التغييرات هى :

(١) سقوط يد أو ذراع بجانب الرأس .

(٢) التفاف الذراع حول القفا .

(٣) سقوط قدم أو قدمين ، أو ذراع أو يد ، أو ذراع وقدم ، أو ذراعين وقدمين .

(١) **سقوط يد أو ذراع بجانب الرأس** — ويحدث غالباً اذا كان الجنين ميتاً ، أو وُجِدَ عدم تناسب شديد بين حجم الحوض ورأس الجنين ، كأن يكون الحوض بشديد الاتساع أو يكون الرأس صغيراً جداً ، وقد يحدث أيضاً من ضيق القطر المقدم الخلفي للحوض ، أو من نزول السائل الأمنيوسى فجاءة وبقوة كما يحدث عند انفجار الجيب فى الاستسقاء الأمنيوسى .

المعالجة — اذا لم يكن الرأس منحشراً تؤمر الوالدة بالاضّجاع على الجهة المقابلة للجهة الساقطة ذراعها . فمن ميل الجنين الى تلك الجهة ينعدل وضع الذراع . فاذا لم يفد ذلك يضع المولد يده فى المهبل ويدفع بها الذراع الى أعلى الرأس . أما اذا سقطت الذراع وكان الرأس منحشراً فتترك الحالة للطبيعة ما لم تنشأ أعراض تستدعى المساعدة فيوضع عندئذٍ الجفت . ويُحترَس من وضعه على الذراع الساقطة .

(٢) **التفاف الذراع حول القفا** — يحدث ذلك سواء كان المجىء بالرأس أو بالمقعدة . ولا يمكن تشخيصه الاّ اذا تعسّرت الولادة وأدخلت يدٌ فى الرحم لمعرفة سبب التعسر .

المعالجة — اذا كانت الذراع ملتفة حول القفا وكان المجىء بالرأس تجذب الذراع الى جانب الجزء المقدم للرأس فتتحول الحالة الى سقوط ذراع بجانب الرأس . فان لم يمكن عمل ذلك يفعل التحويل القدمى . أما معالجة التفاف الذراع حول القفا فى أحوال المجىء بالمقعدة فقد سبق ذكرها .

(٣) **سقوط قدم أو قدمين أو ذراع أو يد أو ذراع وقدم أو ذراعين وقدمين** — أما سقوط قدم أو قدمين فهو عبارة عن المجىء بالمقعدة الناقص وقد سبق شرحه . أما سقوط ذراع أو يد فهو بداءة المجىء بالكتف المهمل . أما سقوط ذراع وقدم أو ذراعين وقدم فيحدث فى المجىء المستعرض ، ومعالجته

تنحصر في جذب القدم ودفع الذراعين الى الأعلى .

(٢) ضخامة الجنين .

قد تكون الضخامة عمومية أو جزئية . فالضخامة العمومية يندر أن تجعل الولادة مستحيلة ، ولكنها عادة تجعلها طويلة ومتعبة . والمعالجة تنحصر في وضع الجفت ، أو عمل الثقب أو التفتيت ، اذا لم يتخلص الجنين طبيعياً.

ضخامة الكتفين : قد تكون ضخامة الكتفين جزءاً من الضخامة العمومية للجنين ، أو تكون الضخامة فيهما وحدهما . وفي كلتا الحالتين تسبب عسراً في الولادة .

التشخيص — يُشك في وجود ضخامة في الجنين ، أو في كتفيه متى رأينا الرأس بعد تخلصه لم يفعل حركة الدوران الخارجي . فاذا فحصنا المريضة مهبلياً نجد الكتفين ضخمتين ومنحشرتين في الحوض .

المعالجة — اذا صعب تخلص الكتفين يُضْغَط بشدّة على قاع الرحم ويجذب الرأس . فاذا لم تتخلّصا تؤمر الوالدة بالاضّجاع على حافة السرير بالعرض ، ثم تمرر الأصابع في المهبل ويوضع أصبع أو أصبعان في الإبْط الخلفي ويجذب الى الأسفل . فان لم تتخلص الكتفان يدخل أصبعان من اليد الاخرى في الإبط المقدم ويجذب الابطان الى الأسفل . فان لم يمكن تخليص الكتفين ندخل اليد بأكملها في المهبل ويدفع أصبعان الى أعلى خلف الذراع الخلفي الى أن نصل الى المرفق ثم نمرر الأصبعين في أسفله بقليل ونجذب الساعد حتى تنثني ، ثم نمسك يد الجنين ونجذبها الى الأسفل حتى تتخلص الكتف المقابلة لها ، فيقلّ حجم الصدر بمقدار سمك الكتف . فان لم يَكْفِ ذلك نُخلّص الذراع المقدمة أيضاً ثم يجذب الذراعان والرأس . فان لم تتخلص الكتفان بعد ذلك تدفع يد في الرحم الى أقصى ما يمكن ، لمعرفة ما اذا كان

عسر الولادة ناشئاً عن مضاعفات أخرى . فان لم توجد مضاعفات أخرى تفعل عملية كسر الترقوة بمقص قوى . فان لم يتخلص الجنين يقطّع وتفصل احشاؤه قطعة فقطعة .

(٣) التشوهات والأورام

قد تكون تشوهات الجنين وأورامه سبباً فى عسر الولادة . وأهم هذه التشوهات والأورام هى : —

(١) الاستسقاء الدماغى ، وفيه يتجمع مقدار كبير من السائل فى تجويف الجمجمة . (٢) الفتق السحائى ، وهو خروج جزء من السائل الذى يكون متجمعاً فى تجويف الجمجمة فى أحوال الاستسقاء الدماغى من ثقب فى عظام القبوة ، وتكوينها ورماً خارجها مغطى بالعنكبوتية وفروة الرأس . (٣) الفتق المخى السحائى وينشأ من استسقاء البطينات المخية وخروج جزء من المخ والسحايا من ثقب فى عظام الجمجمة ، وتكوينها ورماً كيسياً خارجها. (٤) تكوّن أكياس مائية فى العنق والصدر منشاؤها الأوعية اللمفاوية . (٥) الجواتر الخلقى . (٦) الاستسقاء الصدرى، وهو تجمع مائى فى تجويف البلوْرا . (٧) أورام الكبد أو الطحال أو الكلى . (٨) الاستسقاء الشوكي وهو ورم كيسى يتكوّن على العمود الفقرى وينشأ من خروج السائل النخاعي الشوكي والأغشية من ثقب فى العمود الفقرى . (٩) الاستسقاء البريتونى وهو تجمع سائل فى تجويف البريتون . (١٠) تمدد مثانة الجنين بالبول لانسداد الصماخ البولى .

التشخيص — يمكن تشخيص الاستسقاء الدماغى بتقدير حجم الرأس بالجس البطنى ، وبملاحظة شدّة انفصال عظام الجمجمة بعضها عن بعض ، وكبر حجم اليوافيخ ، وقلة صلابة الرأس عند عمل الجس المهبلي . وقد يشتبه

الفتق السحائى بعدم تَمَزُّق جيب المياه . والخطاء فى هذه الأحوال لا ضرر منه لأن المعالجة فى الحالتين واحدة .

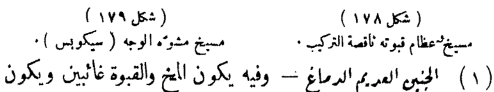
المعالجة — اذا سبب الاستسقاء الدماغى عسراً فى الولادة ينزل السائل بآلة بازلة ويترك باقى الولادة للطبيعة . فان لم يتخلص الجنين يوضع الجفت أو تفعل عملية التفتيت . وفى الأحوال البسيطة يفعل التحويل القدمى . أما التجمعات المائية فى الصدر والبريتون فتستفرغ بآلة بازلة .

(٤) الأجنّة المتلهوجة أو المسوخ

ويقصد بها الأجنّة الملتصقة بعضها ببعض ، والغائب بعض أجزاء منها وأهمها :







(شكل ١٧٨)
مسيخ عظام قبوته ناقصة التركيب .

(شكل ١٧٩)
مسيخ مشوّه الوجه (سيكوبس) .

(١) الجنين العديم الدماغ — وفيه يكون المخ والقبوة غائبين ويكون العنق قصيراً والكتفان أعرض منهما فى الطفل الطبيعى . وكثيراً ما يصطحب هذا النوع باستسقاء الأمنيوس ، وبالمجىء بالوجه ، أو الحاجب .

(٢) **الجنين العديم القلب** — ويحدث اذا كان الحمل توأمياً وضعفت دورة أحد الجنينين فصار يعتمد فى التغذية على الدم الذى يصل اليه من الجنين الثانى عن طريق المشيمة . ثم يأخذ قلبه فى الضمور شيئاً فشيئاً . أما الأحشاء المجاورة للأوعية المشيمية فتنمو أكثر من الأحشاء البعيدة عنها .



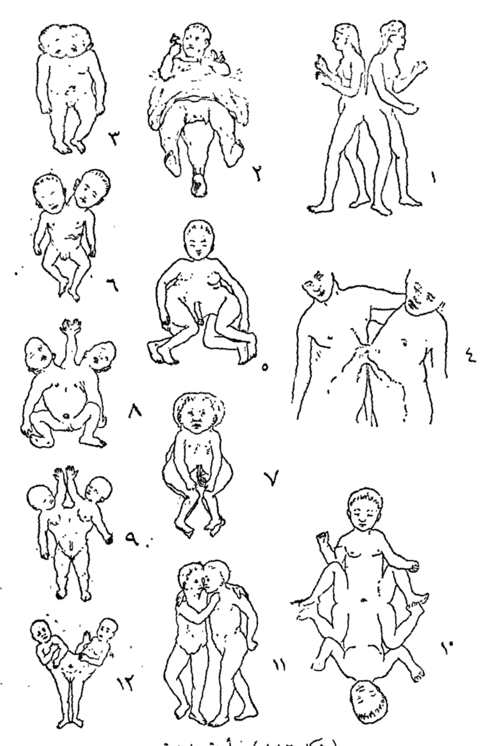
(شكل ١٨٠)
مسيخ عظام قبوته منعدمة .



(شكل ١٨١)
مسيخ مخه مكشوف .

(٣) **الأجنة الملتصقة** — أجنّة الحمل التوأمى الناشئة من بويضة واحدة قد تلتصق بعضها ببعض التصاقاً تاماً أو جزئياً . ويكون ذلك على نوعين : فى النوع الأول يكون أحد طرفى الجنينين فردياً ، والطرف الثانى مزدوجاً . وفى النوع الثانى يكون الجنينان ملتصقين الواحد بالآخر فى جهة ما فقط ، وتكون بقية الأجزاء منفصلة بعضها عن بعض . ومن أمثلة النوع الأول الجنين ذو الرأسين ، أو الذى له رأس واحد وحوضان وأربعة أطراف سفلى.

أما النوع الثانى فعلى ثلاثة أقسام : فى الأول يحدث امتزاج الجنينين فى الرأسين فقط ويكون سائر الجسمين منفصلاً بعضه عن بعض ، وفى الثانى



(شكل ١٨٢) أجنة ملتهوجة

يحدث الامتزاج حذاء الحوض ، وفى الثالث حذاء الصدر والبطن .

التشخيص — يدرك وجود الأجنة الملتهوجة متى أمررنا يداً داخل الرحم لمعرفة سبب عسر الولادة .

المعالجة — اذا تعسرت الولادة تخرج الاقدام كلها وتنهى الولادة بجذبها فان لم تخرج الأجنة تقطع .

الفصل الثالث والعشرون

﴿ ضيق الحوض ﴾

الأحوال غير الطبيعية للحوض قد تنشأ عن تغير فى شكله فقط ، أو فى شكله وحجمه أيضاً ، أو من تشوهٍ فى تركيبه ، أو من أمراض العظم الموضعية أو العمومية ، أو من الاصابات العرضية .



(شكل ١٨٣) الحوض ذو الثلاثة الاشعة .

أنواع ضيق الحوض — يوجد أنواع كثيرة من ضيق الحوض ، منها ما هو نادر ومنها ما هو كثير الحدوث .

الأنواع الكثيرة الحدوث — هى الحوض الضيق فى جميع أقطاره ، والحوض المفرطح أى الضيق فى قطره المقدم الخلفى ، والحوض المفرطح الضيق فى جميع أقطاره أيضاً .

(١) **الحوض الضيق فى جميع أقطاره** — هو من أكثر أنواع ضيق الحوض حدوثاً . وفيه لا يتغير شكل الحوض لأن أقطاره كلها تضيق نسبياً ، أى تحفظ نسبتها بعضها الى بعض . ويختلف عن الحوض الطبيعى : أولاً فى ضيق أقطاره ، وثانياً فى أن الزاوية العجزية القطنية تكون اكثر ارتفاعاً منها فى الحوض الطبيعى ، وثالثاً فى ازدياد تقعير العجز من جانب الى آخر وقلة

تقعيره من أعلى الى أسفل . ويشمل الضيق أقطار المضيق العلوى والسفلى والحوض الكاذب كلها .

(٢) الحوض المفرطح — وهو اكثر من النوع السابق حدوثاً ويتميز بأن الضيق فيه لا يشمل الاّ القطر المقدم الخلفى ، وان العُرْفين الحرقفيين يتغير اتجاههما فيُطلاّن الى الخارج . والحوض المفرطح على نوعين : نوع يتسبب من الراشيتزم ، ونوع لا يتسبب منه . والنوع الأخير أقل ضرراً من سابقه . وتكون صاحبته غير مشوّهة التركيب ولا مصابة بما يستدل منه على سابق اصابة بالراشيتزم . والنقط المميزة له هى ان الجزئين المقدمين للعرفين لا ينحنيان للباطن كما هو الحال فى الأحواض الطبيعية، ولا تحفَظ النسبة بين القطر الذى بين الشوكتين الحرقفيتين المقدمتين والقطر بين العرفين ، وهذا لا يؤثر فى سير الولادة . ولكن وجوده يُرْشدنا الى أن الحوض مفرطح .

أما طول القطر المقدم الخلفى للمضيق العلوى فيصغر الى ٧,٥ سنتيمترات . ويندر فى هذا النوع أن يقل عن طوله ذلك . أما القطر المستعرض فان لم يزد طوله عن الطبيعى فلا يقلّ . والأقطار المنحرفة لا يتغير طولها .

أما الحوض الراشيتزمى فتشوُّهُه أوضح كثيراً من السابق ، وتكون صاحبته قصيرة القامة . ويظهر عليها علامات راشيتزم سابق مع انحناء العظام الطويلة مثل عظم القصبة ، وكبر حجم أطراف العظام ، وانحناء الأضلاع ، وظهور تضخمات سبحية فيها . وفى الأحوال المتقدمة من هذا النوع تظهر العلامات الآتية : —

١ — تتجه الشوكات الحرقفية العليا الى الخارج بدلاً من انحنائها الى الباطن ، فتصير الحفَر الحرقفية متجهة الى الأمام فقط بدلاً من اتجاهها الى الامام والانسية .

ب — بسبب لين العجز الذى يحدث وقت الاصابة بالراشيتزم ينحنى العجز وينزلق الى الأمام بسبب ضغط العمود الفقرى ، فتقرب الزاوية العجزية القطنية من العانة ، ويتفرطح السطح المقدم أو يتحدَّب الى الخارج بدلاً من تقعُّره الطبيعى .

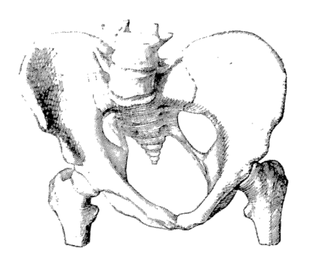
ج — ينحرف اتجاه العجز أفقياً بحيث تقرب الزاوية العجزية القطنية من العانة ويتجه العصعص الى الوراء فيزيد طول أقطار المضيق السفلى .

د — بسبب انتقال ضغط الجسم الى العظمين الحرقفيين ومنهما الى مِفصَلَىْ الفخذين والى الساقين يبرز جانبا الحوض الى الخارج ، ويزيد بذلك طول القطر المستعرض . وتبتعد الحدبتان الوركيتان بعضهما عن بعض فيزيد بذلك اتساع القوس العانى ويطول القطر المستعرض للمضيق السفلى .

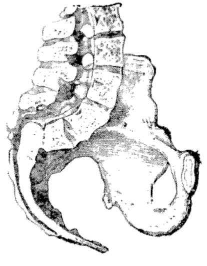
(٣) *الحوض المفرطح الضيق فى جميع أقطاره* - يكثر وجود هذا الحوض عند الأقزام المصابين بالراشيتزم . وقد تكون كل الأقطار ضيّقة انما يكون القطر المقدم الخلفى أضيق نسبياً من باقى الأقطار . ويصطحب هذا النوع عادةً بتقوُّس العمود الفقرى الى أحد الجانبين (Scoliosis) ، فاذا حدث ذلك انحرف شكل الحوض أيضاً .

أما الأنواع النادرة فهى : (١) الضيق المتسبب عن الأوستيومالاسيا أو لين العظام وهو مرض نادر فى مصر ، وفيه تلين عظام الحامل وتتعذر حركتها . ثم انه من ضغط العمود الفقرى من فوق يشتد بروز الزاوية العجزية القطنية الى الأمام حتى تقترب من العانة ، ومن ضغط عظمى الفخذ تقترب الحفرتان الحقيتان بعضهما نحو بعض . ويطلق على هذا النوع اسم الحوض ذى الأشعة الثلاثة (انظر شكل ١٨٣) . أما الأنواع الثلاثة الآتية فتتسبب من وجود أمراض فى العمود الفقرى وهى : (٢) الحوض القممى

الذى يحدث من تقوُّس الفقرات القطنية الى الوراء ، (٣) الحوض المشوَّه بانحراف وهو الذى يحدث من تقوُّس العمود الفقرى الى أحد الجانبين ،



(شكل ١٨٤)
الحوض المعوج بانحراف .



(شكل ١٨٥)
الحوض المنزاق .

(٤) الحوض المنزاق وفيه تنزاق الفقرة الأخيرة القطنية بحيث يصير نتؤها الشوكى ملامساً للسطح المقدم للفقرة الأولى العجزية (انظر شكل ١٨٥) . أما النوعان التاليان فيتسببان من وقوف النمو الطبيعى للكتلتين الجانبيتين للعجز أو لإحداهما فقط وهما : (٥) انحراف نجليه أو الحوض المعْوجّ بانحراف (انظر شكل ١٨٤) وفيه تكون احدى الكتلتين الجانبيتين للعجز نامية نموها الطبيعى والأخرى ضامرة ، ويكون ارتباط الارتفاق العجزى الحرقفى عظمياً .

(شكل ١٨٦) الحوض الضيق من وجود أورام .

(٦) حوض روبرت . وفيه تكون الكتلتان الجانبيتان للعجز غير ناميتين نموهما الطبيعى فيضيق القطر المستعرض للحوض ، (٧) الحوض القمعى .

وفيه يكون المضيق العلوى طبيعياً ولكن تجويف الحوض يأخذ فى الضيق تدريجياً من أعلى الى أسفل ، فلذلك يحجز الرأس عن التخاص فى أثناء مروره من المضيق السفلى . وهو يختلف عن الحوض القمعى الذى يحدث من تقوّس العمود الفقرى الى خلف فى أنه لا يصطحب .رض فى العمود الفقرى . (٨) ضيق الحوض الناشئ من كسور أو خلوع قديمة . (٩) ضيق الحوض الناشئ من وجود أورام حوضية (انظر شكل ١٨٦) . (١٠) ضيق الحوض الناشئ عن أمراض المفصل الفخذى الحرقفى . (١١) ضيق الحوض الناشئ من الخلوع الخلقية لمفصل الفخذ . (١٢) الحوض المشقوق وهو الذى يكون فيه العظمان العانيان منفصلين الواحد عن الآخر .

معالجة الأنواع النادرة لضيق الحوض — فى نوعى الحوض القمعى وفى انحراف نجليه يوضع الجفت أو يفعل التفتيت . أما فى الحوض ذى الأشعة الثلاثة الناشئ من لين العظام وفى الحوض المنزلق وفى ضيق روبرت فتفعل العملية القيصرية . أما معالجة بقية الأنواع فتختلف بحسب درجة الضيق .

﴿ العلامات التى يُستدل منها على ضيق الحوض ﴾

تشخيص ضيق الحوض — لتشخيص ضيق الحوض تجب مراعاة النقط الآتية : —

(١) التاريخ .
(٢) شكل المريضة .
(٣) الأعراض التى تشكو منها .
(٤) نتيجة الفحص البطنى والحوضى .

(١) **التاريخ** — يستفهم من المريضة : (١) عن أمراض طفولتها ،

مثل اصابتها بالكساح ، أو اذا كانت أسنانها تأخرت فى الظهور ، أو اذا كانت تأخرت فى المشى . و (٢) عن تاريخ ولاداتها السابقة هل كانت عسرة أو طبيعية . وهل ولدت أجنتها حية أم ميتة .

(٢) **شكل المريضة** - يشتبه المولد فى كون الحوض ضيقاً اذا كانت الحامل مصابة بتدرن مفصل الفخذ، أو اذا كان بها عرج، أو اذا كان عمودها الفقرى متقوساً الى الوراء، أو الى الجانب (القتب) ، أو اذا كان فى أعلى العجز مباشرة انخفاض كبير لأن ذلك يدل على انزلاق الفقرة الأخيرة القطنية ، أو اذا وجدت علامات تدل على الراشيتزم ، أو اذا كانت الحامل قصيرة جداً ، أو اذا اشتكت من آلام شديدة فى العظام . أو اذا كانت بكرية الولادة وكانت جدر بطنها مرتخية ، أو اذا لم ينحشر الجزء الآتى به الجنين فى المجىء بالقمة عند بكرية الولادة فى أثناء الاسبوعين الأخيرين للحمل. فان العلامات السابقة جميعها تدل على وجود ضيق فى الحوض .

(٣) **الاعراض** — قد يسبب ضيق الحوض بعض الاعراض فى أشهر الحمل الأولى مثل احتباس الرحم الحامل المنثنى الى الوراء فى تجويف الحوض اذا كانت الزاوية العجزية القطنية شديدة البروز الى الأمام . أما فى أشهر الحمل الأخيرة فبسبب مقاومة المضيق العلوى للرحم والجنين يندفع الأخيران خارج الحوض فيسقط قاع الرحم على البطن فترتخى جدر البطن وتتدلى . وقد يسبب ضيق الحوض المجىء المعيب كما سبق شرحه فى الكلام على أنواع المجىء . أما مدة الولادة فالعلامات التى يستدل منها على ضيق الحوض هى أن الرأس لا يكون منحشراً فى حين كان يجب أن يكون منحشراً .

ثم أن الولادة فى أحوال ضيق الحوض تكون بطيئة السير جداً وذلك لأربعة أسباب : —

(١) ان ضيق المضيق العلوى يمنع أو يعطّل الرأس عن الانحشار .

(٢) أن ضيق الحوض يسبب المجىء المعيب .

(٣) ان ميل الرحم على جدر البطن يضعف مساعدة عضلات البطن للطاق .

(٤) انه يسبب أن الرأس لا يملأ القسم السفلى للرحم فى أحوال ضيق الحوض يبقى الاتصال بين جيب المياه والسائل الأمنيوسى العمومى . فعند حدوث الطلق يشتد بروز الجيب ويأخذ شكلاً قمعياً ثم ينفجر قبل تمديد الفوهة الظاهرة . ولكون الجزء الآتى به الجنين غير منطبق على الجزء السفلى للرحم ، يتصرف السائل الأمنيوسى كله بسرعة . وقد يجذب الحبل السرى معه مسبّباً سقوطه فى المهبل . ويتسبّب عن الانفجار المعجّل للجيب ان العنق لا يتمدد الاّ ببطء شديد ، وربما انقبض بعد تمدده ويدوم ذلك الى أن ينحشر الجزء الآتى به الجنين ويملأ الجزء السفلى للرحم ، فيأخذ فى تمديد العنق من جديد . وبسبب تصرف السائل الأمنيوسى جميعه تضغط جدر الرحم على الجنين مباشرة ، وقد يُحدث هذا الضغط ضرراً بالغاً ، ربما آل الى وفاة الجنين اذا طالت الولادة . ولا يقتصر الضرر الذى يصيب الطفل على ضغط الرحم بل ان مرور الرأس فى حوض ضيق قد ينشأ عنه تشوّه عظيم فى عظام الرأس . وقد شوهد فى بعض الأحوال الثقيلة حدوث كسر فى عظام القبوة .

واذا اتفق أن الجزء السفلى للرحم أو العنق احتبس بين الرأس وعظم الحوض يتعطل رجوع الدم الوريدى من الجزء المحتبس . فاذا لم يتنبّه المولد لدفع

الجزء المحتبس الى أعلى الرأس ، قد تكون العاقبة وخيمة . وقد تنشأ عنها النتائج الآتية : —

(١) تعطيل الولادة .

(٢) تمزُّق الجزء السفلى للرحم .

(٣) انفصال جزء حلَقِى من العنق ونزوله أمام الرأس .

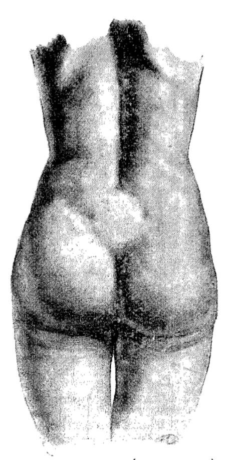
(٤) ان الجزء المنضغط يفقد حيويته بسبب انقطاع ورود الدم فيموت ويسقط فيما بعد مسبباً لنواسير بولية عنقية . وفى الأحوال التى يَعُمّ فيها الضغط جزءاً من المهبل يتغنغر الجزء المحتبس تاركاً نواسير مهبلية . وقد يكون الجزء المتغنغر كبيراً لدرجة أن ينعدم المهبل فيما بعد ، ويبقى مكانه نُدب التحام سميكة يتخللها نواسير كبيرة الحجم.

ولا يقتصر ضرر ضيق الحوض على المضاعفات التى تطرأ فى مدة الولادة ، بل ان استطالة الولادة ومايستوجبه عسرها من العمليات والتمزقات ، والرضوض التى تصيب الأنسجة الرخوة من ضغط الرأس، ومن استعمال الآلات ، والنهوكة التى تصيب المريضة من جراء الولادة ، والأنزفة التى كثيراً ما تتبعها ، تجعل الأم عرضة لحدوث الحميات النفاسية الموضعية والعمومية.

(شكل ١٨٧) برجل مارتن لقياس الحوض من الظاهر .

(٤) **تقييم الفحص البطنى والحوضى** — اذا كانت الوالدة بكرية الولادة ،

ولم يكن الرأس منحشراً عند بداءة الولادة ، أو لوكانت متكررة ولم يحشر بعد بضع ساعات بالرغم من وجود طلق قوى فالغالب ان الحوض ضيق أو ان الوضع معيب . وفى هـذه الحالة يجب قياس الحوض من الباطن ومن الخارج . والقياس من الخارج قليل الأهمية لأنه لا يفيد فى أحوال الضيق القليلة. أما النقط التى تجب ملاحظتها فى قياس الحوض من الخارج فهى : —


(شكل ١٨٨) معين ميكايليس .

(١) طول القطر المقـدم الخلفي الخارجى وهو المسافة بين الحافـة العليا للارتفاق العانى من الظاهر والانخفاض الموجود أسفـل النتوء الشوكي للفقرة الأخيرة القطنية . ويبلغ طوله عادة ٢٠ سنتيمتراً . فان نقص عن ١٦ سنتيمتراً فالحوض ضيق . وفى الحوض الطبيعى يكون هذا القطر أطول من القطر المقدم الخلفي للمضيق العلوى بعشرة سنتيمترات.

واذا وجدنا صعوبة فى تعيين النتوء الشوكي للفقرة الأخيرة القَطَنية ، يُعلَّم بقلم ملوّن مركزُ الشوكتين الخلفيتين العلويتين على الجلد . ويوصل بينهما بخط . ويكون مركز النتوء الشوكي أعلى منتصف هذا الخط بأربعة سنتيمترات .

(٢) المسافة بين الشوكتين الحرقفيتين العلويتين المقدمتين وطولها من ٢٥ — ٢٦ سنتيمتراً .

(٣) المسافة بين أبعـد نقطتين على العرفين الحرقفيين وطولها من

٢٧٫٥ — ٢٨ سنتيمتراً . وقد وجدوا أن طول هذا القطر هو ضعف طول القطر المستعرض للمضيق العلوى .

(٤) المسافة بين الشوكتين الحرقفيتين العلويتين الخلفيتين وطولها ١٠ سنتيمترات . واذا لاحظنا (شكل ١٨٨) نجد أننا اذا أوصلنا خطوطاً بين الشوكتين العلويتين الخلفيتين و بين النتوء الشوكي يتكوّن مثلث . فاذا رسمنا خطين حذاء الحدّين الخلفيين للعضلتين العظيمتين الأليتين يتصل هذان الخطان بقاعدة المثلث فيصير الشكل معيناً. ويسمى هذا الشكل الرباعى «معَينى ميخائيلس». وفى الأحواض الضيقة لا يكون هذا الشكل معيناً تاماً لأن القطر بين الشوكتين الخلفيتين يزيد فى الضيق العمومى وينقص فى الحوض المفرطح .

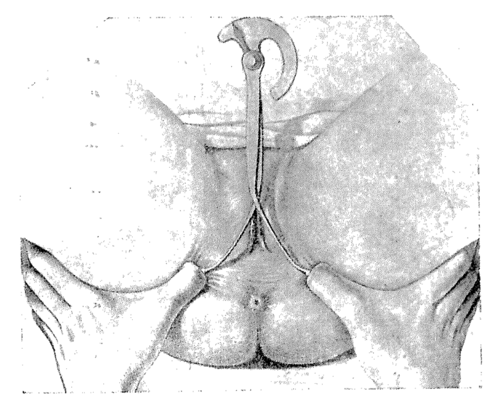


(شكل ١٨٩) قياس القطر المقدم الخلفى من الخارج ببرجل بودلوك .

(٥) النسبة ما بين المسافة التى بين الشوكتين المقدمتين والمسافة بين العرفين، وتكون عادة بنسبة ٢٦ الى ٢٩ . أما اذا كان طول المسافة بين الشوكتين مساوياً لطولها بين العرفين أو كانت أطول منها فالحوض راشيتزمى.

(٦) النسبة بين المسافة التى بين الشوكتين المقدمتين العلويتين

والتى بين الخلفيتين العلويتين ، ويجب أن تكون دائماً بنسبة ٢٥ الى ١٠ . فاذا كانت المسافة بين الشوكتين الخلفيتين أطول نسبياً من المسافة بين المقدمتين فالحوض ضيق فى جميع أقطاره ، واذا كانت أقصر نسبياً فالحوض مفرطح .



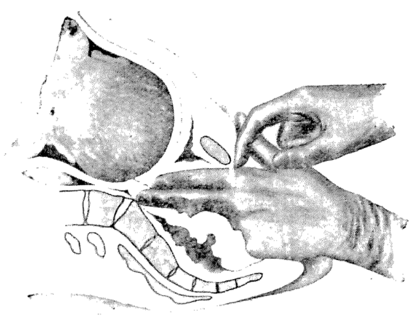
(شكل ١٩٠)
قياس القطر المستعرض للمضيق السفلى ويليمس)

(٧) طول القطر المقدم الخلفى والقطر المستعرض للمضيق السفلي . ويبلغ طول الأول عادة ٩ سنتيمترات والثاني ١١ سنتيمتراً .

والبراجل المستعملة للقياس من الخارج هى براجل مارتين أو بودلوك . وعند استعمالها يمسك البرجل باليدين بحيث يمسك كل من منقاريه بابهام احدى اليدين والوسطى ، أما السبابة فتستعمل لتعيين النقط التي يُرْكز عليها البرجل . وبعد عمل القياس يقرأ طول القطر على آلة القياس المثبتة فى قمته . أما وضع المريضة فى أثناء عمل القياسات الخارجية فيختلف بحسب القطر الذى يُطلب قياسه . فلقياس القطر المقـدم الخلفى يستحسن أن

تكون المريضة واقفة أو نائمة على جانبها . ولقياس الأقطار بين الشوكتين وبين العرفين تضّجع على ظهرها . أما أقطار المضيق السفلى فتقاس والمريضة فى الوضع الظهرى ، وفخذاها منثنيتان على بطنها وأليتاها متعديتان حافة السرير . ويقاس القطر المقدم الخلفى بالبرجل من الحافـة السفلى للارتفاق العانى الى الفقرة الأخيرة العجزية ويطرح منها نصف سنتيمتر قيمة ثِخَن العجز أما القطر المستعرض فيقاس من الحافة الباطنة لإحدى الحدبتين الوركيتين الى الحافة الباطنة للحدبة الأخرى . وقبل استعمال البرجل يُعيَّن موضع الحدبتين بالابهامين بواسطة أحد المساعدين (انظر شكل ١٩٠) .

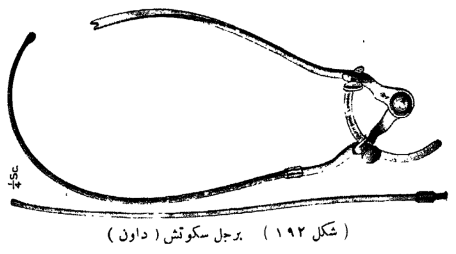
قياس الحوض من الباطن - يمكن قياس الحوض من الباطن إما بالاصبع أو بالبرجل . فبواسطة الاصبع يسهل قياس القطر المقدم الخلفى .



(شكل ١٩١) قياس القطر المقدم الخلفى للحوض بالاصبع .

أما الأقطار الأخرى فتقاس بالبرجل . وطريقـة القياس بالاصبع هى أن تضّجع المرأة على حافة السرير بالعرض . ثم نُدْخل أصبُعين فى المهبل وندفعهما الى الأعلى والوراء حتى يلامس الوسطى الزاوية العجزية القطنية . ويجب التمييز

بينها و بين الخط المكوّن من اتصال الفقرتين العجزيتين الاولى والثانية. ولعمل ذلك ندفع الاصبع الباحث الى الأعلى فان كان الخط الذى نحِسّ به هو الزاوية العجزية القطنية نجـد أن العظم يتراجع الى وراء ، بخلاف الخط الذى بين الفقرتين فان العظم فوقه يتجه الى الأمام. وفى أثناء وجود الاصابع فى هذا الوضع يُعلَّم بظفر سبابة اليد الأخرى على محل تقاطع الرباط تحت العانة مع الأصبع الباحث . ثم تُرْفع الأصابع وهى بهذه الكيفية . وتُقاس المسافة من قمة الاصبع الوسطى الى محل التقاطع السابق ذكره . ولما كان القطر الذى قسناه الآن أشد ميلاً من القطر المقدم الخلفى وجب أن يطرح منه سنتيمتر وربع اذا أريد معرفة الطول الحقيقى للقطر المقدم الخلفى. ولكن فى الأحوال



(شكل ١٩٢) برجل سكوتش (داون)

التى تكون فيها الزاوية العجزية القطنية أوطأ من العادة ، أو التى يكون فيها الارتفاق العانى أُفقياً أكثر من الطبيعى فلا يكون القطر الذى نقيسه كثير الميل فلذلك يطرح منه أقل من سنتيمتر وربع . أما اذا كانت الزاوية العجزية القطنية شديدة الارتفاع أو كان الارتفاق العانى عمودياً اكثر من اللازم، فيكون ميل القطر أكثر فيطرح أكثر من سنتيمتر وربع .

أما اذا أردنا معرفة قياس الحوض بالضبط فالواجب استعمال البرجل. ويوجد جملة براجل لقياس الحوض ولكن أحسنها برجل سكوتش . وهو

يتألف من ثلاث قطع معدنية : الاولى ساق قليل الانحناء والثانية ساق لين مكوّن من مزيج من الاليومينيوم ، والثالثة قطعة نصف دائرية تصل بين السابقتين . فالساقان يمكن وصلهما (مفصلتهما) الواحدة بالأخرى بكيفية تجعل انحناء الساق الصلبة مواجهاً للساق اللينة أو غير مواجه لها .

فلقياس الحوض ببرجل سكوتش تضّجع الوالدة على حافة السرير بالعرض ثم توضع علامة بالحبر على منتصف الارتفاق العانى ، ثم يوصل (يُمَفصل) ساقا البرجل بحيث يكون طرف الساق الصلبة غير مواجه للساق اللينة . ثم يمرر فى المهبل أصبعان من اليد اليمنى ويوجهان الى الاعلى والوراء حتى يلامسا الزاوية العجزية القطنيـة . ثم تُزْلق الساق الصلبة عليهما حتى ترتكز على الجزء الأكثر ارتفـاعاً من الزاوية العجزية القطنيـة ، ويؤمر أحد المساعدين أن يجعل طرف الساق اللينة يلامس

(شكل ١٩٣)
قياس القطر المقدم الخلفى للحوض ببرجل سكوتش .

العلامة الموضوعة على العانة . ثم يُرفَع البرجل وهو فى هذا الوضع وتقاس المسافة بين ساقى البرجل فيكون طولها مساوياً لطول القطر المقدم الخلفى للحوض

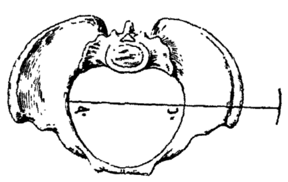
مضافاً اليه ثِخَن الارتفاق العانى . ويبقى علينا الآن أن نقيس ثِخَن العانة ونطرحه منه لنحصل على طول القطر المقدم الخانى الحقيق . ولقياس ثخَن العانة يُغيّر وضع الساقين بحيث يكون الانحناء مقابلاً للساق اللينة ، ثم يوضع أصبع فى المهبل على الجزء الأكثر بروزاً للباطن من الارتفاق العانى ، وتزلق الساق الصلبة على الأصبع الى أن ترتكز على هذه النقطة . ثم يؤمر مساعد أن يجعل طرف الساق اللينة ملامساً للعلامة الموجودة على السطح الظاهر للارتفاق العانى ثم يُرفَع البرجل . انما يجب عند رفعه هذه المرة أن تُفْصَل الساقان الواحدة عن الأخرى خوفاً من تغير وضعهما فى أثناء اخراجهما ومتى أُخرِجتا توصلان ثانياً وتقاس المسافة بينهما وهى ثِخَن العانة .

(شكل ١٩٤)
قياس سمك العانة ببرجل سكوتش

ملحوظة — يوجد على الجزء الصلب الذى يصل الساقين احداهما بالآخرى ارتفاع فى مكان اتصاله بأحدى الساقين هو الذى يدلنا على المسافة الواجب تبعيد الساقين بقدرها فى أثناء وصلهما ثانياً .

ولقياس القطر المستعرض توضع علامة بالحبر على المِدْوَر العظيم لِعَظْم الفخذ . ثم تقاس المسافة بينها و بين النقطة الأكثر ابتعاداً عنها من الخط الذي لا اسم له من الجهة المقابلة (انظر شكل ١٩٥ اج) ثم تقاس أيضاً المسافة

بين هذه النقطة والنقطة الأكثر اقترابا لها من الخط الذى لا اسم له القريب منها (ا ب شكل ١٩٥) . ثم تطرح المسافة الثانية من الأولى فيكون الباقى هو طول القطر المستعرض .



(شكل ١٩٥) قياس القطر المستعرض للحوض ،

ميكانيكية الولادة فى الأحواض الضيقة : —

(١) **فى الحوض المفرطح** — يدخل الرأس فى المضيق العلوى منبسطاً بعض الانبساط ، وقطره المقدَّم الخلفى شاغل للقطر المستعرض وليس القطر المنحرف . واذا كان الضيق شديداً ينحرف الرأس الى الجهة التى بها المؤخر ، وهذا يساعد على انبساط الرأس فينشأ من ذلك أن القطر الصدغى الصدغى يشغل القطر المقدم الخلفى للحوض وهو أصغر من الجدارى الجدارى فينحشر الجزء المقدم للرأس قبل المؤخر . فاذا فحصنا المريضة بعد حدوث ذلك نجد أن اليافوخ المقدم أكثر أجزاء الرأس اتجاهاً الى أسفل . ثم انه بسبب اشتداد الطلق ينحشر العظم الجدارى المقدم أولاً فيقترب التدريز السهمى من الزاوية العجزية القطنية أى يحدث عدم تزامن مقدم ، فاذا لم يكن الضيق بدرجة تجعل ولادة الرأس مستحيلة يرتكز العظم الجدارى على العانة ثم يدور الرأس على محوره المقدم الخلفى وينزلق العظم الجدارى الخلفى فى تجويف الحوض . واذا كان الضيق شديداً يأخذ عدم التزامن المقدم فى الازدياد حتى يرتفع التدريز

السهمى فوق الزاوية العجزية القطنية ، وتظهر الأذن من الفوّهة الظاهرة .

ميكانيكية الولادة فى المجىء بالمقعدة — متى ولد الجسم ينحشر الرأس وقطره المؤخرى الجبهى شاغل للقطر المستعرض المضيق العلوى . ثم ينحرف الرأس قليلاً الى الجهة التى بها المؤخر ويتبع ذلك حركة انثناء خفيفة . ومما يساعد على انحشار الرأس فى هذا الوضع هو ان الجزء الخلفى لقاعدة الجمجمة أصغر من الجزء المقدم . فبانحشاره أولاً يسهل انحشار الجداريين فيما بعد . ثم ان انضغاط الجداريين من تحت الى فوق أسهل بكثير من انضغاطهما من فوق الى تحت. ومتى انضغط الجداريان واقتربا الواحد الى الآخر تصغر الأقطار المستعرضة للرأس فيسهل انحشاره . وهذا هو السبب فى أنهم ينصحون بعمل التحويل القدمى فى الدرجات الخفيفة من ضيق الحوض . ولكن لا يسهو عن البال أن الفائدة المَرجُوَّة من سهولة انحشار الرأس بعد عمل التحويل القدمى يقابلها سهولة تصغير الرأس وتكييفها اذا كان المجىء بالرأس وصعوبة ذلك فى المجىء بالمقعدة لأن الوقت الذى يمكن أن يبقاه الرأس فى الحوض فى المجىء بالمقعدة صغيراً جداً يُعَدّ بالدقائق بينما هو فى المجىء بالرأس طويل جداً .

(٢) **الحوض الضيق فى جميع أقطاره** — انه بسبب المقاومة الشديدة التى يصادفها الرأس فى الانحشار فى الحوض الضيق فى جميع أقطاره يشتد الانثناء حتى يتحوّل المجىء من مجىء بالقمة الى مجىء باليافوخ الخلفى . وفيما عدا ذلك لا تختلف الميكانيكية عن الميكانيكية العادية فى شىء غير ان حركة الدوران الداخلى تتم بتأثير المستويات المائلة للحوض ، وليس بفعل العضلات التى فى أرضيته ، وذلك بسبب شدة انطباق الرأس على تجويف الحوض. ومتى

ثمت ولادة الرأس نجد شكله قد تغير كثيراً بحيث تصغر أقطاره المستعرضة وتطول الأقطار الطولية ، وتتراكب العظام تراكباً شديداً ، ربما آل الى كسر بعضها أو احداث انخفاضات فيها . وذلك لأن المقاومة التى يصادفها الرأس لا تقتصر على المضيق العلوى كما هو الحال فى الحوض المفرطح ، بل تشمل التجويف والمضيق السفلي أيضاً .

أما فى المجىء بالمقعدة فبسبب ضيق أقطار المضيق السفلي يكثر انبساط الذراعين وتعسُّر ولادة الرأس . وذلك عكس ما يحدث فى الحوض المفرطح حيث تكون أقطار المضيق السفلى طبيعية . ولهذا السبب يحسن عمل التحويل القدمى فى الحوض المفرطح ولا يصح عمله فى الحوض الضيق فى جميع أقطاره .

السير الواجب اتباعه فى معالجة ضيق الحوض — لسهولة فهم طرق العلاج المتبعة فى أحوال ضيق الحوض يحسن تقسيمه الى أربع درجات كالآتى : —

الدرجة	طول القطر المقدم الخافى فى الحوض المفرطح	طول القطر المقدم الخافى فى الحوض الضيق فى جميع اقطاره	المعالجة	امكان الولادة بطريق المهبل
الاولى	١٠ سنتى الى ٨ سنتى	١٠ سنتى — ٩	التحويل القدمى أو ترك الحالة للطبيعة الى أن يتشكل الرأس .	من الممكن ولادة جنين حى تام المدة بلا مساعدة
الثانية	٨ — ٧	٩ — ٧ ½	الولادة المعجلة — التحويل — قطع العانة — العملية القيصرية — التفتيت .	تمكن ولادة جنين حى تام المدة بعملية
الثالثة	٧ — ٥ ½	٧ ½ — ٦	العملية القيصرية — التفتيت .	لا تمكن ولادة جنين حى تام المدة الا نادراً
الرابعة	أقل من ٥ ½	أقل من ٦	العملية القيصرية .	لا تمكن ولادة الجنين ولو بعد الثقب والتقطيع بلا خطر على الأم

(١) *الدرجة الأولى* — وفيها يكون طول القطر المقدم الخلفى فى الحوض المفرطح من ٨ — ١٠ س م ، وفى الحوض الضيق فى جميع أقطاره من ٩ — ١٠ سنتيمترات .

فى هذه الحالة يجب أن تترك الولادة للطبيعة حتى يصغر حجم الرأس بفعل الطلق الى درجة تجعل مروره فى الحوض ممكناً . وقوة الطلق تكون على أشدّها فى الولادات الثلاثة الأولى وهى التى ننتظر فيها أن تتم الولادة طبيعياً . أما فى الولادات التالية فيندر أن يقوى الرحم على اتمام الولادة بلا مساعدة. وفى الولادة الأولى يكون الطلق أشدّ منه فى الولادات التالية ولكن يقابل ذلك أن المسالك التناسلية تكون غير متسعة الاتساع الكافى لمرور الجنين فيزيد ذلك فى صعوبة الولادة . وفى الأحوال التى يُعوّل فيها على ترك الولادة للطبيعة تجب مراقبة المريضة بعناية تامة . لأن المدة الطويلة التى يقتضيها تصغير الرأس قد تصطحب بأعراض تستوجب المداخلة فيجب ادراكها بمجرد حدوثها .

ففى الحوض المفرطح مثلاً يختلف الانذار بحسب حالة الرأس فى أثناء انحشاره ، فان وجد عدم تزامن مقدم فى الانحشار فالغالب ان الولادة تتم إما طبيعياً ، أو بواسطة الجفت . أما لو وُجد عدم تزامن خلفى فيُشَكّ كثيراً فى امكان حدوث الولادة طبيعياً . وكذلك تجب مراقبة درجة تراكب عظام القبوة بعضها على بعض . فكلما ازداد هذا التراكب كان الأمل فى انحشار الرأس أكثر .

أما فى الحوض الضيق فى عموم أقطاره فيندر أن يحدث عدم تزامن فى الانحشار . وعادة يزداد انثناء الرأس حتى يتحوّل المجىء الى مجىء باليافوخ الخلفى ويشتد تراكب العظام .

والنجاح فى حدوث الولادة طبيعياً يتوقف على طول الدور الثانى أى على المدة التى يمكن أن يسمح للرأس فيها بالتصغير بلا ضرر على الام ولا على الجنين . فكلما طالت هذه المدة كان الانذار حميداً . وغالباً تكفى أربع أو خمس ساعات . وقد شاهدتُ أحوالاً كثيرة أمكن فيها ترك المريضة ٢٤ ساعة أو أكثر بلا ضرر عليها ولا على الجنين . واذا طالت مدة الدور الثانى يكبر حجم الحدبة الدموية كثيراً ، ولا ضرر فى ذلك . ولنعلم أن محاولة تخليص الرأس بالجفت قبل انحشاره كثيراً ما تنتهى بوفاة الجنين فما دامت ضربات قلبه لم تزد عن ١٥٠ ولم تنقص عن ١١٠ ولم تظهر على الوالدة علامات الانحطاط فالأوفق تشجيعها على الطلق الى أن يتشكل الرأس وينحشر فى الحوض ، فاذا انحشر الرأس وضعف الطلق تساعَد بالجفت ان كان الحوض مفرطحاً . أما اذا كان ضيقاً فى جميع أقطاره فينتظر الى أن تقارب الرأس الخروج من المضيق السفلى قبل أن يوضع الجفت . وذلك لأن الضيق فى الحوض المفرطح لا يتعدى المضيق العلوى . أما فى الحوض الضيق فى جميع أقطاره فالضيق يشمل التجويف والمضيق السفلى أيضاً .

التحويل — اذا لم يكن الرأس منحشراً ولم يحدث عدم تزامن مقدم ، أو لو حدث عدم تزامن خلفى ولم يُصْلَح ، أو لو كان المجىء بالوجه أو بالحاجب ، أو اذا لم يكن الضيق شديداً (٩ — ١٠) سنتى وكان الرأس كبيراً ، أو اذا سقط الحبل السرى وكان العنق متمدداً والسائل الأمنيوسى باقياً منه القدر الكافى لعمل التحويل ، فالأفضل اجراء عملية التحويل .

المقارنة بين الجفت والتحويل — ان الاختيار بين الجفت والتحويل لا يُتْرَك للصدفة بل يتوقف على مقدار ما انحشر من الرأس فى الحوض ، وعلى الشروط التى يجب أن تتوفر قبل عمل التحويل . ويجب التمييز أولاً بين الأحوال

التى يُنتظَر فيها ولادة الجنين حياً ، والأحوال التى ستنتهى حتماً بالتفتيت .
فاذا وجدنا عدم تناسب كبير بين الرأس والحوض ، فلا داعى للتحويل .
واذا وجدنا أن السبب فى عدم انحشار الرأس ليس عدم تناسب بينه وبين الحوض بل من مجيئه المعيب فالتحويل أفضل من وضع الجفت . أما اذا كان جزء من الرأس قد انحشر فى الحوض ولم يكن الضيق شديداً فالجفت أفضل .
وكثيراً ما يولَّد رأس الجنين بالجفت فى أحوال لم يكن يُنتظَر فيها النجاح .
ويجب ملاحظة ان توليد جنين حىّ بعمل التحويل يقتضى مهارة كبيرة من المولّد : أولاً فى انتقاء الزمن المناسب ، وثانياً فى المقدرة على تخليص الذراعين والرأس بمهارة وبسرعة . فان الجنين لا يموت وقت تحويله ولكن يموت وقت تخليصه . وعلى العموم يجد المولّد غير المتمرن ان استعمال الجفت أسلم من التحويل وبالأخص عند البكريات .

الخلاصة — يُقَدَّر عدم التناسب بين الرأس والحوض ، فاذا اتضح جلياً أنه من المستحيل ولادة الرأس يُعْمل التفتيت . واذا كان الرأس شاغلاً للمضيق العلوى فى وضع مناسب (عدم تزامن مقدم) ، وكانت المسافة بين التدريز السهمى والزاوية العجزية القطنية لا تزيد عن سنتيمترين يوضع الجفت اذا وجد ما يستدعى ذلك . واذا كان الرأس فى وضع معيب يُنْتظر الى أن يتمدد العنق تماماً ويعمل التحويل . واذا تأخر خروج الرأس يستعمل الجفت فان لم ينجح يُعْمل التفتيت .

الدرجة الثانية — وفيها يكون طول القطر المقدم الخلفى من ٧ — ٨ سنتيمترات فى الحوض المفرطح ، ومن $\frac{1}{2}$٧ الى ٩ فى الحوض الضيق فى جميع أقطاره . فى الأحوال التى يضيق فيها القطر المقدم الخلفى عن $\frac{1}{2}$٧ س م يندر جداً أن ينجح التوليد بالجفت ويجب الالتجاء الى طرق أخرى . وقبل

عمل شيء يجب التأكد من حياة الجنين . فاذا اتضح لنا بعد التسمع المتكرر على قلب الجنين فى الجهة التى كنا نسمع فيها القلب فى أول الولادة أن ضرباته قد وقفت فالأفضل التفتيت . وان كان الجنين حياً يُختار ما بين قطع الارتفاق العانى وقطع عظم العانة ، وبين العملية القيصرية . ونحن نُفَضّل العملية القيصرية الاّ فى الأحوال التى سبق فيها استعمال الجفت أو جُرّب فيها عمل التحويل أو ظهرت فيها علامات تعفن فى الرحم لأن الاختبار فى مستشفى القصر العينى دلّنا على ان الخطر من هذه العمليات الثلاث واحد . والتوليد بالعملية القيصرية هو الوحيد منها الذى يُضمن فيه سلامة الجنين ،

الدرجة الثالثة — وفيها يكون طول القطر المقدم الخلفى من ٥ ½ — ٧ فى الحوض المفرطح ومن ٦ — ٧ ½ فى الضيّق فى جميع أقطاره .

فى الحوض الضيّق بهذه الدرجة تستحيل ولادة الجنين حياً من المسالك الطبيعية . فاذا أدركنا وجود الضيق قبل المخاض تُعْمَل العملية القيصرية ، واذا لم ندركه الاّ بعد تقدم المخاض تعمل العملية القيصرية اذا لم يكن التعفن قد وصل الى الرحم والاّ فتُعْمل عملية التفتيت . واذا كان الجنين ميتاً يعمل التفتيت على كل حال .

الدرجة الرابعة — يصعب فيها جداً التوليد بالتفتيت الاّ اذا كان المولّد متمرناً جدّ التمرن . والأفضل هنا عمل العملية القيصرية ولو كان الرحم متعفناً .

تحريض الولادة المعجلة — الغرض من تحريض الولادة قبل تمام مدة الحمل هو سهولة ولادة الرأس قبل أن يكبر حجمه . وهذه العملية وان كانت خالية من الخطر تقريباً فيما يختص بالأُم ، ولكنها ليست من مصلحة الجنين . لأن ولادة الأجنة قبل تمام المدة يجعلها ضعيفة وصعبة التربية . وكثير من هؤلاء الأجنّة يموت فى الشهرين الأولين من حياته الاّ اذا اتخذت

احتياطات وافية فى تربيتهم . ولما كانت أغلب أحوال ضيق الحوض تحدث عند الطبقات الفقيرة فليس من المنتظر أن تتوافر عندهم الشروط اللازمة لعمل الاحتياطات اللازمة. ولهذا السبب يُستحسن أن لا تتبع هذه الطريقة الاّ اذا رفضت المريضة عمل العملية القيصرية أو غيرها من العمليات التى تعمل عند تمام الحمل . وفى هذه الحالة نلاحظ أمرين مهمين قبل الشروع فى العمل . الأول سن الجنين والثانى درجة الضيق . أما عن الأول فلا يجوز تحريض الولادة الاّ بعد بلوغ الحمل الأسبوع السادس والثلاثين لأن الأجنة التى تولد قبل ذلك لا تعيش فى الغالب . وأما عن الثانى فلا يجوز أن يقل طول القطر المقدم الخلفى فى الحوض الضيق فى جميع أقطاره عن ½ ٨ والاّ فان الخطر الذى يحدث من تشكيل الرأس وقت مروره من الحوض يؤدى غالباً بحياة الجنين . وذلك لأن عظامه تكون لينة وسهلة التأثر بالضغط .

وفى الغالب لا يُلجأ الى تحريض الولادة اذا زاد القطر المقدم الخلفى عن ½ ٨ لأن فرصة النجاح فى حدوث الولادة الطبيعية عند التمام ليست قليلة وبالأخص عند البكرية . أما الأحوال التى لا تنجح فيها الولادة الطبيعية عند البكرية التى قطر حوضها ½ ٨ فيجوز التحريض قبل الميعاد فى ولادتها التالية .

والصعوبة الكبرى فى تحريض الولادة ليست فى معرفة درجة ضيق الحوض ، ولكن فى تقدير سن الحمل. لانه كثيراً ما تخطئ الوالدة فى التاريخ. وقد يحدث الحمل فى فترة انقطاع الحيض ، وقد يحدث فى الشهور الثلاثة الأولى للحمل . وفوق ذلك نجد أن حجم الأجنّة ليس دائماً ثابتاً . فبعض الحوامل تكون أجنتهن دائماً كبيرة الحجم وفى البعض الآخر تكون الأجنة فى تمام المدة أصغر من التى عمرها ثمانية شهور رحمية . ولذلك يجب أن يُبنى الحكم على دنو الميعاد الذى تحرّض فيه الولادة المعجلة على تناسب حجم الرأس

لسعة الحوض . والطريقة التى نصل بها الى هذا التقدير هى طريقة مولر .

طريقة مولر — تنام المريضة على حرف السرير بالعرض (وضع الشق العجانى) ، ويُمْسك مساعدان فخذيها وساقيها ويولَج أصبعان من اليد اليسرى فى المهبل الى أن يلامسا الرأس فى المضيق العلوى . ثم يُمْسَك الرأس باليد اليمنى بطنياً ويدفع فى الحوض . ويلاحظ مقدار ما ينحشر منه بأصابع اليد اليسرى الموضوعة فى المهبل (السبابة والوسطى) وأيضاً بوضع ابهام اليد اليسرى على العانة . واذا أمكن الحصول على مساعد آخر يكلّف بالضغط على قاع الرحم . وبهذه الكيفية تمكننا معرفة ما اذا كان أكبر قطر للرأس مرَّ فى الحوض أم لم يمر .

وقد استنبط ڤون هرف طريقة أخرى لتقدير النسبة بين رأس الجنين واتساع الحوض ، وتقوم بقياس المسافة بين الفقرة الخامسة القطنية والجزء الأكثر ارتفاعاً من الرأس على بطن المريضة . فاذا كان القياس مساوياً أو أصغر من القطر المقدم الخلفى الخارجى فالرأس سيدخل الحوض بلا مشقة . واذا زاد عنه سنتيمتراً فقد يدخل الرأس إما طبيعياً أو باستعمال وضع ولكر . فاذا كانت الزيادة ٣ سنتيمترات فالغالب أن الرأس سيصادف مقاومة شديدة فى الانحشار . وهذه الطريقة أقل دقة من سابقتها .

ويجب أن يعمل هذا التقدير قبل بلوغ الحمل الأسبوع الرابع والثلاثين . فاذا وُجد أن الرأس ينحشر فى الحوض بسهولة ننتظر أسبوعاً آخر ويعاد العمل . فاذا انحشر الرأس ننتظر أسبوعاً آخر . واذ وجدت مقاومة فى الانحشار فالأفضل التحريض ، وتشكيل الرأس كفيل بانحشاره . وقبل البدء بالتحريض توضع المريضة تحت الكلوروفورم ويقاس الحوض ويعاد عمل طريقة مولر اذ يجوز أن نكسب أسبوعاً آخر .

الفصل الرابع والعشرون

﴿ الحمى النفاسية ﴾

طرق الوقاية

لماذا تكثر الحمى النفاسية فى مصر؟ ان الجواب على هذا السؤال لا يقتضي بحثاً كبيراً فان صناعة التوليد التي تتوقف عليها حياة الامة ونموّها لا تزال وقفاً على طبقة جاهلة لا نصيب لها من العلم حتى بأبسط المبادئ الاولية. تتوارثها البنات عن امهاتهن جيلاً بعد جيل، ويتوارثن معها تعصبهن لطرقهن العقيمة ومقاومتهن لكل جديد. ولا يفتأن يغرسن فى قلوب الامهات كرهاً شديداً لمن تشذ عن طريقتهن من خريجات المدارس الطبيــة ومدارس القابلات فيفسدن كل عمل يعمل لانقاذ فن الولادة من الحضيض الذى وصل اليه.

تدخل الداية الى الوالدة بيديها القذرتين وثيابها الملوثة، واول ما تفعله هو ان تفحصها بدون ان تطهّر يديها او ان تغسلها بالماء والصابون على الاقل. ولا تكتفى بما تنقله من الميكروبات فى جسّ المرّة الاولى بل لا تنفكّ تفحص الماخض من وقت الى آخر حتى اذا اتفق أن تنجو من العدوى فى المرة الاولى لا يكون هناك سبيل لنجاتها فى المرات التالية. أما اذا وجدت عنق الرحم ضيقاً فانهــا تأخذ فى توسيعه بأصابعها غير مقدرة النتائج السيئة التى تنجم عن ذلك مثل التمزقات المتسعة التى قد تمتد الى شرايين الرحم فتحدث نزفاً قتالاً، او تكون سبباً فى تطرق العفونة الى الماخض مسببة للحمى النفاسية

ثم لا يكاد يتخلص الجنين حتى تجذب الحبل السرى لتخليص المشيمة، فان لم تتخلص تدخل يدها الى تجويف الرحم لتخليصها منه. وهاتان الطريقتان من الاسباب المؤكدة لحصول النزف بعد الولادة والحمى النفاسية التى ان

تجت المريضة منها بحياتها لا تنجو من التهابات وتجمعات قيحية فى البوقين تجعلها طريحة الفراش الى امد مديد. فلا عجب اذا قلت ان اللواتى يمتن من الحمى النفاسية وتوابعها اكثر فى مصر منهن فى اى بلد آخر. ومن الامور المشاهدة ان اغلب المصريات تنتابهن الحمى بعد الولادة بدرجة مختلفة الشدة، وقد تعودنها حتى اصبحن ينسبنها الى افراز اللبن بل ينتظرن حدوثها كأنها امر طبيعى لا بد منه.

وهناك اعتقاد شائع وهو ان الفلاحات لا يُصَبن بالحمى النفاسية مع كون قابلاتهن لا يراعين النظافة الواجبة فى توليدهن. وكثيراً ما يُعتبَر ذلك من الادلة على عدم اهمية التعقيم فى الولادة.

والحقيقة غير ذلك. فانه بالرغم من المقاومة الطبيعية فى اجسام الفلاحات بسبب عيشتهن الخلوية والاعمال اليدوية التى يقمن بها فى الحقول، وبالرغم من كون اكثر ولاداتهن يتم من غير تداخل القابلة و بغير عمل فحص مهبلى، فان الافاً منهن يمتن شهرياً بسبب حمى النفاس ومضاعفاتها. وقد حضر فى العيادة الخارجية لمستشفى القصر العينى فى السنة الماضية (سنة ١٩٢١) اكثر من اثنى عشر الف مريضة من الفلاحات المصابات بما تخلف عن حمى النفاس ونتائج الجهل بأصول الولادة. هذا فى القصر العينى وحده. ناهيك عن الاحوال التى لا قدرة للوالدة فيها على العلاج اما لفقرها المدقع أو لبعد المسافات أو لجهلها بأمكنة العلاج.

كيف نتقى الحمى النفاسية — لكى تسهل علينا معرفة الطرق الواجب اتباعها لتتم الولادة بسلام يجب أولاً أن نعرف الوسائل التى تجهزها الطبيعة لوقاية الأم، ثم السُبُل التى يمكن أن تنتقل بواسطتها العدوى.

أما طرق الوقاية الطبيعية التي تحفظ المهبل والرحم من تطرق الجراثيم

اليها مدة الحمل والولادة فهى ان المهبل يتندَّى فى الحالة الطبيعية بسائل يُفرَز من غدد العنق ويرتشح من جدره. ويشتمل هذا السائل على طائفة كبيرة من المكروبات . وليست هذه المكروبات من الجنس الضارّ بل هى بالعكس من نوع يتصف بقدرته على إماتة المكروبات الضارة . وذلك لأنه يعمل على تكوين الحامض اللبنيك الذى يجعل الافراز المهبلى حامضاً. وهذه الحموضة تجعله بيئة غير صالحة لنمو المكروبات المرَضية التى لا تنمو الاّ فى البيئات القلوية . ويساعد على ذلك أيضاً خلو المهبل من الأوكسجين اللازم لنمو هذه المكروبات. وقد جرَّبوا ادخال بعض المكروبات المرَضية فى مهبل طبيعى فوجدوا انها ماتت بعد ساعات قليلة.

(شكل ١٩٦) باشلس دودرلاين .

ويسمى هذا المكروب باشلس دودرلاين (انظر شكل ١٩٦) وهو خط الدفاع الأول . أما خط الدفاع الثانى فمركزه عنق الرحم . ففى مدة الحمل ينسدّ تجويفه بكتلة مخاطية تسمى « السدادة العنقية » وهى تنشأ من ازدياد افراز غدده . وهذه السدادة تساعد على منع المكروبات من الوصول الى الرحم ، اذ لا يستطيع اختراقها الاّ مكروب السيلان .

وفى مدة الولادة لا تقتصر وسائل الدفاع الطبيعى على افرازات المهبل الحامضة ، والسدادة العنقية ، بل يشترك فى ذلك السائل الأمنيوسى أيضاً . وذلك لأنه متى انفجر جيب المياه فان نزول السائل الأمنيوسى يغسل المهبل مما يكون عالقاً به من الجراثيم ناهيك عن أن مرور الجنين من المهبل يمدد ثناياه ، فان وُجدت فيها جراثيم أخرجها مع ما تبقى من السائل الأمنيوسى وراء

الجنين . كما أن خروج المشيمة يساعد أيضاً فى تنظيف المهبل على نوع ما .

ما هى السبل التى تنتقل بها العدوى الى الوالدة — تنتقل العدوى فى أكثر الأحوال على : —

(١) يدى المولّد أو ملابسه .

(٢) الآلات والأدوات التى يستعملها فى الولادة .

(٣) من وجود سوائل عفنة أو مكروبية فى المهبل قبل الولادة أو من وجود بثور متقيحة بالقرب من الفرج .

(١) لمنع وصول العدوى للمريضة من يدى المولّد تجب مراعاة الامور الآتية : —

ا : لا يُعَمل فحص مهبلى الاّ مرة واحدة قبل انفجار الجيب، ومرة بعد انفجاره اذا لم يكن الرأس منحشراً . أما اذا كان الرأس منحشراً فيكفى الجس مرة واحدة .

ب : يجب أن يراعي المولد بقاء يديه نظيفتين فى غير أوقات الولادة فلا تلامس أصابعه صديداً ولا سائلاً متقيحاً . واذا اضطر لعمل غيارات غير نظيفة أو عمل جس مهبلى لمريضة مصابة بحمى النفاس يلبس قفازاً من المطاط لا يكون به ثقوب . ومن الموافق أن يلبس فوطة وقت عمل الفحص .

ج : لا يجوز للمولّد أن يفحص الماخض الاّ بعد عمل التطهرات اللازمة . واذا اتفق ان وُجد فى يديه بثور متقيحة كان ذلك دلالة مانعة لمباشرة الولادة .

والطريقة التى نطهّر بها يدينا فى أعمالنا الخارجية وفى المستشفى هى الآتية : —

قبل فحص الماخض نَنْزَع الرداء (الجاكته) ثم نرفع أكمام القميص الى فوق المرفق . ثم نُقلّم الأظافر ونغسل اليدين والأظافر وندلكها بالمسفرة

والصابون والماء الحار الجارى من صنبور (حنفية) مدة عشرة دقائق، ملتفتين بالأخص الى ما تحت الأظافر وما بين الأصابع . واذا لم يتيسر الحصول على الماء الجارى العقيم فيُسْتَحْسَن أن يكون الغسيل فى اناء مملوء بمحلول الليزول الدافئ المحضّر بنسبة خمسة فى الألف . ثم يعاد غسيل اليدين فى اناء آخر يحتوى على محلول جديد من الليزول مدة خمسة دقائق . وبهذه الطريقة البسيطة يمكن التحقق من طهر اليدين بالدرجة التى يُحصل عليها من أى طريقة أخرى . ولا يغيب عن الذهن أن المهم فى تطهير الأيدى ليس طبيعة المطهّر ان كان ليزول أو سليمانى أو فى قوّة تركيبه ، أو طول زمن الغسل، بل المهم العناية التى توجه الى قوة الدلك بالمسفرة وافتقاد أجزاء اليد عند الغسل بالتدقيق مع مراعاة عدم افلات أى جزء منها من فعل الصابون والمسفرة. ولا يجوز الاعتماد على نقع الأيدى فى محلول الليزول أو غيره من المطهّرات مهما طالت المدة . ومتى طهّرَت اليدان بهذه الكيفية لا يجوز ملامسة أى شىء غير عقيم . فاذا اتفق أن لامست اليدان شيئاً غير عقيم يجب تطهيرهما ثانيةً .

ولما كان تطهير اليدين تطهيراً مطلقاً لا يمكن تحقيقه على الدوام فالأفضل ألاّ يعمل أى فحص مهبلى الاّ بعد تطهير اليدين بالطريقة السالفة الذكر ، ثم لبس قفاز من المطاط يكون قد عُقّم بالغلى مدة ربع ساعة .

(٢) أما اتقاء نقل العدوى على الآلات فيقوم بغليها فى الماء فى أى اناءٍ كان مدة ربع ساعة على الأقل . ويستحسن أن يضاف الى الماء ١ — ٢ فى المائة من كربونات الصودا لأنها تقاوم تأكسد الآلات .

(٣) أما اتقاء نقل العدوى من الفرج أو المهبل الى الرحم فيكون بتطهير الفرج عند عمل أى جس مهبلى . وطريقته هى أن تُسَد فوهة المهبل برفادة معقّمة، ثم يغسل الفرج جيداً بقطع من القطن المشبع بمحلول الليزول

والصابون . ويحاذر من ملامسة فتحة الشرج لأنها ملوثة دائماً بالمكروبات . فان لامسها القطن وغُسل به الفرج نقل اليه المكروبات . ومتى انتهينا من غسل الفرج بالصابون ومحلول الليزول يغسل بمحلول الليزول فقط .

وعندعمل الجس المهبلى يبعد الشفران بأصابع اليد الأخرى حتى لا يلامس الأصبعُ الفاحصُ جلدَ الفرج . ولا يجوز دهن الأصبع الفاحص بڤازلين أو غيره لأنه يصعب جداً أن تكون هذه المواد عقيمة ، ويكتفى بدهنه بالصابون.

الزرق المهبلى — فى الولادات الطبيعية لا يُعمل زرق مهبلى لأن ضرره أكثر من نفعه لأنه يغسل مكروبات دودرلين التى وظيفتها افراز حمض اللبنيك الذى يجعل للسوائل التى تكون فى المهبل خاصية التطهير. وفوق ذلك فانه كثيراً ما يكون مبسم الزارق غير مطهَّر التطهير اللازم فينقل المكروبات الى المهبل ومنها الى الرحم .

انما هناك أحوال تقتضى عمل الزروقات المهبلية وهى : —

(١) اذا أريد اجراء عملية من عمليات الولادة . هذا اذا لم نكن باشرنا الولادة من أول الأمر . أما اذا كنا واثقين من أنه لم يعمل للمريضة أى فحص مهبلى فنكتفى بتطهير الفرج .

(٢) اذا وُجد افراز عفن أو قيحى فى الرحم أو المهبل .

(٣) اذا كان قد مضى على الوالدة زمن طويل وهى فى الدور الثانى للولادة . لأن السائل الأمنيوسى الذى يكون باقياً قد لا يكفى لتنظيف المهبل من الجهة الواحدة ، وقد يتعفن الموجود منه فى المهبل اذا بقى فيه زمناً طويلاً من الجهة الأخرى .

أما بعد الولادة فلا يفعل الزرق المهبلى الاّ فى الأحوال الآتية : —

(١) اذا أدخلت يد الى الرحم لتخليص المشيمة .

(٢) اذا كان الجنين أو المشيمة أو السائل الأمنيوسى عفناً .

(٣) اذا وجد افراز عفن فى الرحم .

(٤) اذا تعفن السائل النفاسى فى أى وقت من أوقات النفاس .

وتعمل الزروقات بمحلول الليزول بنسبه ١ فى المائة أو فى المائتين . وليس تأثيرها موقوفاً على قوتها التعقيمية فانها لا تبقى ملامسة للمكروبات الوقت الكافى لأماتتها ولكنها تزيل الافرازات والمتخلّفات التى يمكن أن تنمو عليها المكروبات . ووجود المادة المطهّرة فى محلول الزرق كفيل بحفظ مائها عقيماً .

﴿ الحمى النفاسية ﴾

أسبابها — تجب مراعاة الثلاثة العوامل الآتية فى البحث عن أسباب حمى النفاس : (١) المكروبات المُحْدِثة لها ، (٢) طرق العدوى ، (٣) قوة مقاومة الانسجة المصابة .

(١) المكروبات — يمكن تقسيم هذه المكروبات الى (ا) مكروبات لا تعيش فى الهواء وتسمى مكروبات التعفن الفطرية أو السابروفيت ، و (ب) مكروبات التقيح ، و (ج) المكروبات الفطرية المَرَضية النوعية.

(ا) أما مكروبات التعفن الفطرية فهى من النوع الذى لا ينمو على الأجسام الحية ، ولذا يشترط لنموّه وجود كتل دموية أو بقايا من الأغشية أو المشيمة فى داخل المسالك التناسلية .

(ب) المكروبات القيحية وهى : —

(١) المكروبات السبحية .

(٢) « العنقودية .

(٣) الباشلس القاولونى .

(٤) باشلس الصديد الأزرق .

ومتى أصيب الجسم بهذه المكروبات تأخذ فى الانتشار بواسطة الأوعية الدموية واللمفاوية، وتسبب تسمماً عاماً. وهذه المكروبات أعظم ما يخشى الطبيب وبالأخص فى الجهات القذرة المزدحمة بالسكان. فان التراب والملابس القذرة حتى الجو نفسه لا يخلو منها. وتوجد بكثرة زائدة فى الجروح المتقيحة. وهذا يبين ضرورة الالتفات الى البثور والقروح التى قد توجد مثل النواسير الشرجية والقروح الفرجية، والى البثور المتقيحة فى جسم الوالدة أو التى قد توجد على يدى المولد، وإلى الخطر الشديد الذى ينشأ من تلويث اليدين بسائل نفاسى عفن، أو صديد من أى نوع، ونقله الى الوالدة فى أثناء توليدها أو فى أثناء عمل الغيارات مدة النفاس.

(ج) أما المكروبات المرضية النوعية فأهمها:

(١) دبلوكوك السيلان.

(٢) باشلس الدفتيريا.

(٣) النيوموكوك أو مكروب الالتهاب الرئوى.

(٤) باشلس التيتانوس.

(٥) « الحمى التيفودية.

أما النوع الأول والثانى فليس من النادر احداثهما للحمى النفاسية، ولكن تأثيرهما موضعى على الغالب. أما الثلاثة الأخيرة فالاصابة بها نادرة جداً.

العدوى المختلطة — قد تحدث الحمى النفاسية من الاصابة بأكثر من نوع واحد من المكروبات. فقد تصاب المريضة بتسمم عام بسبب المكروب السبحى مصحوب بتعفن رحمى بسبب السابروفيت. وكثيراً ما يشترك الباشلس القاولونى مع المكروب السبحى وغيره فى احداث العدوى.

العدوى الذاتية — قد تصل مكروبات الحمى النفاسية الى المريضة من

بؤر متقيحة فى جسمها مثل الخرّاجات الشرجية والنواسير، أو من سرطان فى العنق، أو التهاب فى الزائدة الدودية، أو من خراجات حوضية قديمة تكون المكروبات لا تزال باقية فيها، أو من سيلان كامن فى غُدَد بارتولين أو فى العنق، أو يصل اليها الباشلس القاولونى من تلوّث المهبل بالبراز. ولكنّ العدوى بهذه الكيفية نادرة الحدوث جداً. وفى أغلب أحوال الحمى النفاسية تنتقل المكروبات على يدى المولّد أو على الآلات التى يستعملها، أو من استعمال أحفظة غير عقيمة، أو من اهمال تطهير الفرج.

(٢) **طرق العدوى مدة النفاس** — الأمور التى تهيئ لحدوث العدوى مدة النفاس هى:

(١) **زوال مناعة المهبل** — فى غير أوقات النفاس يحتوى المهبل على مكروبات قصيرة تسمى مكروبات دودرلين تتصف بقدرتها على افراز حمض اللبنيك الذى يميت أكثر المكروبات التى قد تصل الى المهبل. ولكن فى زمن النفاس يفقد السائل النفاسى مكروباته الحميدة. وبسبب احتوائه على مقدار كبير من المواد الزلالية يكون بيئة صالحة لنمو المكروبات.

(ب) **الأنسجة الميتة**: — بعد ولادة الجنين لا يخلو الرحم من المواد الميتة مثل الكُتَل الدموية، والليفين (فيبرين) وطبقة الساقط السطحية التى تتهرأ وتسقط فى مدة النفاس. وقد توجد فيه أيضاً بعض بقايا من الأغشية أو من المشيمة. وفى الولادات العسرة لا تخلو المسالك النفاسية من مسافات على سطحها اعتراها الموات بسبب الضغط المستمر للجزء المنحشر، ومن استعمال الآلات. ووجود هذه الأنسجة الميتة فى المسالك التناسلية يجعلها بيئة صالحة لنمو المكروبات.

(ج) **الجروح** — فى الولادات جميعها، طبيعية كانت أو عسرة، يتخلف

عن الجزء من التجويف الرحمى الذى تنفصل منه المشيمة جرح كبير. وقد تحدث فى بعض الولادات تمزقات فى العنق أو فى المهبل أو الفرج والعجان. وكل هذه الجروح قابلة للعدوى بالمكروبات وامتصاص السموم التى تفرزها.

فان كانت هذه الجروح فى العنق أو فى الردوب المهبلية فالغالب أن تمتد العدوى منها الى الرباطين العريضين عن طريق الأوعية اللمفاوية فتسبب التهابات فى نسيجها الخلوى، ويندر أن تصير العدوى عمومية. وان حدثت تكون من النوع الخفيف. أما اذا كان مركز الاصابة فى الرحم نفسه فمن الممكن أن تصير العدوى عمومية. وأغلب أحوال التسمم الحاد منشأها عدوى تجويف الرحم.

(٣) **قوة المقاومة** — تختلف قوة الاصابة بالمكروبات بحسب عدد المكروبات ودرجة خبثها من جهة، والمقاومة التى تبديها الأنسجة المصابة والجسم عموماً من الجهة الأخرى. أما المقاومة العمومية فتقلّ بسبب ضعف البنية، أو من انحطاط القوى الناشئ من طول الولادة وعسرها، ومن حدوث أنزفة فى أثناء الولادة أو بعدها، ومن الالتهابات الكلوية. وتضعف المقاومة الموضعية من رض الأنسجة فى الولادات العسرة، ومن استعمال الآلات، ومن الالتهابات الموضعية القديمة وغير ذلك.

التشريح الباثولوجى للحمى النفاسية — قد تحدث أحوال تسمم حاد بالمكروب السبحى تنتهى بالوفاة بعد يومين أو ثلاثة. وفيها تصل المكروبات الى الدم والأوعية اللمفاوية مباشرة من غير أن تترك أثراً فى الرحم. ولكن هذه الأحوال التى كانت قبلاً كثيرة الانتشار أخذ يقلّ عددها تدريجاً. وأغلب الاصابات العمومية تكون مصطحبة باصابة فى المسالك التناسلية مختلفة الدرجة.

(١) **الرحم** — فى الاصابة بالمكروب السبحى يكون التجويف الرحمى أملس منتظماً . ولا يظهر موات (تنكرز) فى أنسجته السطحية الاّ قليلاً .

أما الجزء الذى كانت المشيمة مندغمة فيه فانه يكون غير منتظم تتخلله ارتفاعات وانخفاضات . وفى الاصابات المختلطة يكون كثاً غير منتظم ويتغطى فى بعض أجزائه بأنسجة متنكرزة .

أما الاصابة الموضعية فتنقسم الى نوعين : —

الأول — الالتهاب الرحمى الباطنى العفن (الساپروفيتى) .

الثانى — « « القيحى .

(الأوّل) **الالتهاب الرحمى الباطنى العفن** — فى هذا النوع يكون الرحم كبيراً ورخواً. ويكون ملتصقاً بتجويفه بقايا من المشيمة والأغشية وبعض كُتل دموية. وتكون رائحته فى الغالب نتنة وتكون الطبقة الساقطية متضخمة ، ومكان المشيمة مغطّى بقطع بوليبوسية . ويتخلل الأنسجة المتعفنة فقاقيع غازية فى بعض الأحوال . وغالباً تكون العدوى متسببة من أنواع كثيرة من المكروبات ، أخصها المكروبان السبحى والقاولونى . واذا عملنا قِطاعاً من جُدُر الرحم وفحصناه بالمكرسكوب (المجهر) نجد تحت الطبقة المتنكرزة منطقة مرتشحة بالكرات البيضاء . وهذه المنطقة هى حاجز دفاعى يمنع امتداد العدوى . ومما يدل على ذلك أننا لا نجد مكروبات فى هذه المنطقة ولا فى الأنسجة التى تليها . وفى هذا النوع تكون الأعراض موضعية على الأكثر . وما كان منها عمومياً يكون سببه امتصاص سموم المكروبات وليس وجود المكروبات نفسها فى الدم .

(الثانى) **الالتهاب الرحمى الباطنى القيحى** — فى هذا النوع يكون الرحم صغيراً. وتُبطّنه طبقة افرازات رمادية اللون . ولا نجد فى تجويفه قطع مشيمية

أو غشائية ولا كُتَل دموية ولا غازات . وهو يتسبب من الاصابة بالمكروبات القيحية ، وبالأخص المكروب المسبحى . وفى أحوال قليلة قد يتسبب من الباشلس القاولونى أو من ديلوكوك السيلان . وبالفحص المكروسكوبى نجد طبقة ارتشاح الكرات البيضاء ضعيفة جداً ومعدومة فى بعض الجهات. ولذا نجد كثيراً من المكروبات قد تجاوزها . وفى هذا النوع تصل المكروبات الى الدورة العامة الدموية واللمفاوية . واذا كانت العدوى مختلطة فقد نجد ، فوق ما سبق شرحه ، قطعاً من المشيمة أو الأغشية المتغنغرة ملتصقة بالتجويف الرحمى . وطبقة الارتشاح تكون واضحة فى بعض الأجزاء وضعيفة أو معدومة فى الأجزاء الأخرى .

أما **الطبقة العضلية** فتكون ملتهبة فى كلا النوعين . وفى النوع التقيحى قد يتخللها خراجات صغيرة. وتكون الأوردة ملتهبة . وفى بعض الجهات تنسد تجاويفها بخثَر دموية يتخللها تجمعات قيحية . وتكون جدر الرحم شديدة الرخاوة بحيث يسهل اختراقها بالملعقة الكالّة اذا عملت عملية الكحت .

أما **الطبقة البريتونية** فقد لا يظهر عليها شيء قط . وقد تتغطى فى بعض جهاتها بطبقة من اللمفا . وفى هذه الأحوال نجد أيضاً التهاباً فى البريتون الحوضى وفى البوقين والمبيضين .

(٢) **العنق والمهبل والفرج** — اذا وصلت العدوى الى التمزقات التى قد تكون موجودة فى هذه المواضع فانها تتغطى بغشاء رمادى . وبعض التمزقات العجانية قد تتغطى بطبقة سطحية متغنغرة يُطلق عليها اسم **القرحة النفاسية** .

(٣) **النسيج الخلوى** اذا امتدت العدوى الى النسيج الخلوى للحوض نجد ارتشاحاً كبيراً أو صغيراً فى أحد الرباطين العريضين، أو فيهما معاً . وقد

يمتد الالتهاب فى النسيج الخلوى فيحيط بالرحم ، ويعم كل النسيج الخلوى الذى فى الحوض ويصل الى الحفر الحرقفية ، ويمتد الى جدر البطن الأمامية.

وتصل العدوى الى الأنسجة الخلوية للحوض من جروح العنق وقعور الأكياس المهبلية . وفى الأحوال التى تنتهى بالوفاة نجد الأنسجة الخلوية المتلهبة أشبه بالاسفنجة المتشبعة بالماء . واذا عصرناها يخرج منهـا سائل عكر أو صافٍ بحسب درجة الاصابة .

(٤) **البريتون الحوضى والبوقين والمبيضين** — فى الأحوال الثقيلة تلتهب هذه الأنسجة . واذا لم يتعدَّ الالتهاب البريتون الحوضى فالشفاء جائز . أما اذا امتد الى البريتون العمومى فالخطر شديد جداً . والعدوى فى هذه الأحوال تمتد الى البوقين من التجويف الرحمى ، ومنها تصل الى المبيضين والبريتون الحوضى . وقد ينتهى التهاب البوق بانسداد فتحتيه وتجمُّع الصديد فى داخله فيتحوَّل الى كيس صديدى يسمى تجمع البوق القيحى . وكذلك الالتهاب المبيضى قد ينتهى بتكوّن خراج فيه . وأكثر ما يحدث ذلك فى الاصابات الناشئة عن السيلان .

(٥) **الأوردة الحوضية** — قد سبق القول بأن بعض الأوردة الرحمية الملتهبة ينسدّ بخثر مصابة بالمكروبات . وقد تمتد عدواها الى الأوردة فى الرباطين العريضين فتسبب التهابها . وقد تصل العدوى منها الى الوريد المبيضى الأيسر ومنه الى الوريد الكلوى فتسبب تسمُّماً وريدياً قيحياً . وقد تمتد العدوى من الأوردة الحرقفية اليسرى الى الأجوف السفلى فيتجمد الدم فيه . وقد تصل الكتل (الجُلَط) الى البطين الأيمن . وفى أحوال أخرى تمتد العدوى الى أسفل فتسبب التهاب وانسداد الوريد الفخذى ، وهو كثير الحدوث ويسمى الورم الأبيض المؤلم .

والدم المتجمد فى هذه الأوردة يحتوى على عدد كبير من المكروبات . فاذا انفصلت كتلة صغيرة منه فقد تنقلها الدورة الى الأجزاء البعيدة فتسبب التسمم الدموى القيحى .

﴿ الأنواع الأكلينيكية للحميات النفاسية ﴾

يمكن تقسيم الحميات النفاسية الى الأقسام الآتية : —

١ — الحمى الناشئة عن اصابة الرحم { الالتهاب الرحمى الباطنى العفن . الالتهاب الرحمى الباطنى التقيحى الحاد أو التسمم الدموى الحاد .

٢ — الالتهاب البريتونى النفاسى العام .

٣ — الالتهاب البريتونى النفاسى الحوضى ، والتهاب النسيج الخلوى ، والالتهاب البوقى المبيضى ، والالتهاب الوريدى الترومبوزى (التجمدى)

٤ — الورم الأبيض المؤلم .

٥ — التسمم الوريدى القيحى .

الحمى الناشئة عن اصابة الرحم — قد سبق الكلام عن الالتهاب الرحمى ، ومنه علمنا أن العدوى فى الالتهاب الرحمى الباطنى العفن تكون مقصورة على تجويف الرحم . وتكون المكروبات من النوع الذى لا يقدر أن يعيش على الأجسام الحية فتقتصر الاصابة على المواد التى تكون موجودة فى باطن الرحم . واذا كانت الاصابة مضاعفة بمكروب قيحى فانه يكون من النوع الضعيف الذى لا يصيب الأنسجة الحية . والحمى فى هذه الأحوال تكون مُسَبَّبة عن امتصاص مفرزات المكروبات أى سمومها . أما فى الالتهاب الباطنى القيحى فان الاصابة تكون عادة بالمكروبات القيحية أو القاولونية وغيرها مما له القدرة على اختراق الأنسجة الرحمية والوصول الى الدم . وبالفعل لو فحص

دم المصابات بالتسمم القيحي الحاد فمن الممكن العثور على المكروبات وعلى الأخص على أثر حدوث قشعريرة أو عند اشتداد الحمى. وقلنا أيضاً بأن العدوى قد تكون مختلطة فتوجد المكروبات في الدم ويكون السائل النفاسي عفناً ويكون باطن الرحم مغطى بقطع ميتة متعفنة من المشيمة والكتل الدموية والأغشية. وعند بداءة الاصابة يصعب التمييز بين هذه الأنواع. ويجب الانتظار الى أن تظهر علامات مميزة.

﴿ حمى الامتصاص العفن أو الالتهاب الرحمي الباطني العفن ﴾

الأعراض — أهم أعراضها الحمى، وتعفن السائل النفاسي، ووقوف الرحم عن الرجوع على ذاته. وتظهر الأعراض في الأيام الثلاثة الأولى ان كانت العدوى حدثت في أثناء الولادة. فان تأخر ظهورها الى اليوم الرابع أو بعده فيكون سببها حدوث العدوى مدة النفاس. ويبدأ المرض بارتفاع في الحرارة الى ٣٨,٥°س في الأحوال الخفيفة. وقد تصل الى ٤٠°س في الأحوال الثقيلة. وقد يصطحب ارتفاع الحرارة بارتعاش قليل، ولكن حدوث قشعريرة واضحة نادر. ويسرع النبض بنسبة ارتفاع الحرارة. وتشكو المريضة من صداع وتَوَعُّك عام. ولكن لا تظهر على المريضة أعراض انحطاط عام. فاذا أجرينا فحصاً مهبلياً نجد الرحم أكبر حجماً مما يجب أن يكون ونجده مؤلماً حساساً وألين مما يكون في الحالة الطبيعية.

أما الاعراض الموضعية فهي أن السائل النفاسي يتغير لونه وكميته ورائحته. فيصير سائلاً عفناً وغزيراً جداً. وتختلف البقعة التي يحدثها في الملابس عن البقعة التي يحدثها السائل النفاسي الطبيعي. فان البقعة التي يحدثها تكون يابسة، وحمراء الحواشي، وباهتة في الوسط. بخلاف البقعة التي يحدثها

السائل النفاسى الطبيعى فهى كبقعة الدم تماماً حمراء الوسط باهتة الحواشى .

القرحة النفاسية — يصطحب كثير من أحوال الامتصاص العفن بما يسمى بالقرحة النفاسية . وهى قرحة مختلفة الحجم قاعها رمادى مغطى بقطع متغنغرة وحوافيها حمراء وملتهبة . وهى تتكوّن على التمزقات التى تحدث فى المسالك التناسلية ، وتسبب ارتفاعاً فى درجة الحرارة وتفرز سائلاً عفناً غزيراً .

الانذار — اذا عولج الامتصاص العفن فى الوقت المناسب فالمريضة تشفى حتماً . أما اذا لم يعالج فالغالب أنها تصاب بأمراض حوضية مختلفة تلازمها زمناً طويلاً . وبعض الأحوال تنتهى بالوفاة .

المعالجة — سيأتى الكلام عليها فى معالجة التسمم القيحى .

(٢) التسمم القيحى الحاد

هو أخطر أمراض النفاس . ويحدث من عدوى المسالك التناسلية بمكروبات التقيح . وهو مرض كثير الحدوث فى مصر لجهل القابلات وعدم اعتنائهن بملاحظة النظافة والتعقيم .

الأسباب — يحدث التسمم القيحى من عدوى المسالك التناسلية إما بالاستربتوكوك أو الستافيلوكوك أو مكروب السيلان . وهذه المكروبات تنتقل إما على يدى المولد أو على الآلات أو على مبسم الزارق . وقد تعدى المريضةُ نفسَها اذا فَحَصَتْ أعضاءها التناسلية بأصبعها . وقد يحدث هذا المرض أيضاً من الجماع فى أواخر الحمل أو فى الأيام الأولى للنفاس اذا كان الزوج مصاباً بالسيلان .

الأعراض — يبدأ هذا المرض بحالة حادة . ويندر أن يتأخر عن اليوم الثالث بعد الولادة ، وقد تبدأ أعراضه بعد الولادة بيوم واحد وكلما تأخر ظهوره قلت حدّته . وفى أغلب الأحوال يبدأ المرض بقشعريرة شديدة . أو يُشاهد

فى الأحوال التى تؤخذ حرارتها بانتظام ان ارتفاعاً تدريجياً مصحوباً بصداع وتوعك عام يسبق هذا الهجوم الحاد . وقد يحدث فى بعض الأحوال ان المرض يبدأ بقشعريرة شديدة مصحوبة ببرد شديد مع صرير فى الاسنان وارتعاش فى العضلات . فاذا جُسَّ الجسم وُجد بارداً جداً . وبسبب توتر عضلات الشعر يتكرش الجلد . ويزرق الوجه والشفتان قليلاً . واذا أُخذت الحرارة من المستقيم وقتئذٍ توجد مرتفعة من ٤٠° س الى ٤١,٥° س . ويسرع النبض جداً بحيث يصعب عدُّه . وتدوم القشعريرة من عشر دقائق الى ربع ساعة . ويظهر بعدها دور الاحتقان فتحس المريضة بحرارة شديدة مُحْرِقة . ويحمر الوجه . ويكون الجلد فى أول الأمر جافاً ثم يأخذ فى افراز العرق الذى يتلوه انخفاض الحرارة جملة درجات . وربما هبطت الى أقل من الطبيعى ثم تأخذ فى الارتفاع ثانياً . ويصطحب هذا الدور بصداع شديد. وسنشرح أعراض هذا المرض كلاً على حدته .

الحرارة — تأخذ الحرارة سيراً غير منتظم وتحدث قشعريرات متعددة. وتتراوح بين ٣٨,٥° و ٤٠° س. وعلى وجه العموم تكون الحرارة فى هذا المرض أشد منها فى الامتصاص العفن .

النبض — يسرع كثيراً ويتراوح بين ١٢٠ — ١٤٠ وتكون نسبة سرعته الى درجة الحرارة أعلى من المعتاد . وهذه السرعة النسبية (اذا لم تكن متسببة عن مرض فى القلب) من الأدلة التشخيصية على أن الاصابة هى بالتسمم القيحى الحاد . وفى الأحوال الثقيلة يكون النبض صغيراً وضغطه واطئاً. وفى الأحوال التى لا يقلّ النبض فيها عن ١٢٠ فى الدقيقة يكون الانذار رديئاً .

الأعراض العمومية — فى الأحوال الثقيلة يحدث قئ مصحوب بانتفاخ

فى البطن مع توتره . والقيء المستمر يدل على اصابة البريتون ، بخلاف التطبل فانه يشاهد أيضاً فى الأحوال الحادة التى لا تصطحب بالتهاب البريتون . وقد يعترى المريضة اسهال ، والدرجات الخفيفة منه محمودة العاقبة لانها تسهل افراز السموم . أما اذا كان الاسهال شديداً فانه يضعف المريضة . وينتاب المريضة أرق مع صداع شديد وهو من العلامات المنذرة بالخطر . ويظهر على الجلد أحياناً طفح حامى متنقل سريع الزوال . وتكون كمية البول قليلة ويكون لونه داكناً ويحتوى على أثر من الزلال . واللسان يكون فى أول الأمر رطباً ولكن مغطى بطبقة بيضاء . ومتى تقدم المرض يجف ، وفى الأحوال الثقيلة يصير لونه أسمر ، ويتشقق وتتجمع الأوساخ حول الاسنان . ولا تفقد المريضة صوابها حتى ساعة الموت الآ اذا طرأ عليها هذيان يتحوّل الى سبات قبل الوفاة بقليل . ويقف افراز اللبن بعد الاصابة بيوم أو اثنين.

الانذار — لا يجوز التسرع فى الانذار فى أول المرض ، لأن الحمى النفاسية شديدة التقلبات ولا تتبع سيراً واحداً . أما انذار الامتصاص العفن فهو أحمد بكثير من التسمم القيحى . لأنه اذا عولج جيداً ينتهى بالشفاء بخلاف التسمم القيحى ، فقد يبدأ المرض بأعراض لا يؤبه لها ثم يأخذ فى الشدة حتى ينتهى بالوفاة . كما انه قد تتحسن بعض الأحوال ثم يطرأ عليها أعراض ثقيلة مثل تخثر الدم فى الأوردة ، والورم الأبيض المؤلم ، والتسمم القيحى الوريدى فيسوء الانذار بعد أن كان حميداً . ومن الوسائل التى تساعد على عمل الانذار فحص الدم فاذا وُجد ارتفاع قليل فى عدد كريات الدم فالانذار حميد ، واذا نقص عددها فجاءة فالانذار خبيث . واذا زاد عددها كثيراً واصطحب ذلك بأعراض التهاب موضعية فالغالب انه قد تكوّن صديد فى جهةٍ ما . والأعراض الآتية تدلّ على انذار سيء : —

(١) أن النبض لا يقل عن ١٢٠ فى الدقيقة .

(٢) حدوث القىء المستعصى والتطبل البطنى، واسمرار اللسان وتشققه .

(٣) الأرق والصداع الشديد .

(٤) تكرر حدوث القشعريرات .

(٥) عدم المقدرة على تعاطى مقادير كافية من الغذاء .

العلاج — لما كان من المتعذر فى أول المرض معرفة ما اذا كان المرض ناشئاً عن امتصاص عفن أو عن تسمم قيحى عام كان علاج المرضين فى أول أمرهما واحد .

أهمية الوقاية — أن أهمية العلاج الواقى من الحمى النفاسية لا يمكن تقديرها ويجب ألاّ يبرح عن ذهننا أن حفظ أرواح الوالدات اللواتى يكن فى عهدتنا يتوقف على الاحتراس الزائد فى تطهير اليدين والفرج قبل عمل الجس ، والامتناع عن عمل الجس المهبلى الاّ عند الضرورة القصوى ، وعدم الاسراع فى تخليص المشيمة قبل أن تكون قد انفصلت من الرحم ، والاعتناء بتدليك الرحم وعصره اذا وجد فيه خثر دموية بعد خروج المشيمة . فاذا ظهر المرض تجب المبادرة بالعلاج ، لأن الحمى النفاسية مثل سائر حميات الجروح يُتلافى أمرها فى أوله بسهولة .

الأحوال الخفيفة — وفيها تكون الحرارة أقل من ٣٩° س ويحدث ارتعاش قليل بدون قشعريرة مع صداع محتمل . ويكون الرحم ضخماً والسائل النفاسى عفناً وغزيراً . وهذه الأحوال تكون فى الغالب مسببة من الامتصاص العفن . فبمجرد ظهور الاعراض يُرفَع رأس السرير فيساعد ذلك على افراز السائل النفاسى . وتعطى المريضة مسهلاً ليساعد على تصريف السموم . فاذا لم تنزل الحرارة فى المساء يعمل لها زرق مهبلى بمحلول ساخن من الليزول

(خمسة الى عشرة جرامات فى اللتر) وتعطى ٣ قمحات أرجوتين فى حبة ٣ مرات فى اليوم ، ويُدْلَك الرحم جيداً ليساعد ذلك على قذف ما يكون متخلفاً فيه من المواد الميتة وكتل الدم . فاذا لم تنخفض الحرارة يكرّر الزرق المهبلى فى الصباح ويتبع بزرق رحمى يُعمل بقثطرة بو زمان . ويستعمل للغسيل ماء الاوكسچين بنسبة ١ الى ٣ . ويتبع بمحلول يودى مكوّن من صبغة يود (٦٪) ٢٠ جرام فى لتر ماء ساخن وغالباً يؤدى ذلك الى الشفاء فى يومين أو ثلاثة .

الأحوال الثقيلة — وتكون فيها الحرارة أعلى من ٣٩° س والنبض أسرع من ١١٠ فى الدقيقة . ويكون الصداع شديداً ، والسائل النفاسى قد يكون عفناً وغزيراً وقد لا يكون .

ويجب فى علاج هذه الأحوال أن نتأكد مما اذا كانت فى الرحم بقايا متعفنة أو لا . ولعمل ذلك يطهّر الفرج أولاً ثم يعمل للمريضة زرق مهبلى بالليزول . ثم يلبس المولد قفازاً عقيماً ، ويدخِل نصف يده (أربعة أصابع) فى المهبل ثم يولج السبابة فى الرحم ويفحص التجويف . ومما يساعد على الفحص أن يضغط المولّد باليد الأخرى على الرحم من الخارج . فان وُجد الرحم خالياً ولكن كان السائل النفاسى ذا رائحة كريهة فلا موجب لكحت الرحم انما يعمل زرق رحمى بأربعة لترات من محلول اليود . أما اذا وجدت بقايا فى تجويف الرحم فالواجب عمل الكحت بملعقة كالّة ، إما بغير بنج أو تحت تأثير الكلوروفورم ان لم تحتمل المريضة ألم العملية . ولعمل الكحت توضع المريضة على حرف السرير بالعرض بحيث يصير عجانها محاذياً لحرف السرير بعد ان يكون المولّد قد حضر الآلات اللازمة وعقّمها وهى : قفازان من المطاط ومنظار خانى وجفت ذو مشبكين لجذب العنق وقثطرة بو زمان وجفت بو زمان لسد الرحم وملعقة راينشتادر الكالّة . ولا يلزم تحضير ممددات هيجار لأن عنق الرحم لا يكون

منغلقاً. ولا يجوز استعمال ملعقة حادة خوفاً من ثقب الرحم أو كحت الطبقة العضلية.

ويُبدأ العمل بفحص العجان والمهبل. فان وُجدت قرحة نفاسية تنظَّف جيداً ويطهَّر الشفران والمهبل بمحلول الليزول والصابون، ثم تغطَّى القرحة بطبقة من شاش اليودوفورم يوضع فوقها المنظار الخلفى حتى لا تلامسها الآلات عند دخولها فتنقل عدوى جديدة الى الرحم. وبعد ذلك يُجذَب العنق الى أسفل بالجفت ذى المشبكين الذى يُدخل مهدياً على الأصبعين. ثم يُدخَل أصبع أو اثنان فى العنق ويبحث عن القطع المتخلفة فى الرحم. ويُجتهد فى فصلها بالأصبع اتقاءً لفتح مسالك جديدة للعدوى اذا استعملت الملعقة. أما اذا لم يتيسر فصل القطع بالأصبع فيبحث عن الأمكنة التى هى ملتصقة بها وتُدْخَل الملعقة الكالة وتُفصَل بها القطع بدون استعمال شدة فى الكحت خوفاً من ثقب الرحم. ثم يفحص باقى التجويف بالملعقة بإمرارها عليه إمراراً سطحياً. وفى هذه الأثناء تكون الملعقة متصلة بأنبوبة زارق ملآن بمحلول الليزول ١٠ فى الألف حتى يُغسَل الرحم فى أثناء كحته ويَسهُل خروج القطع مع السائل. وفى أثناء العملية يضع المولّد يده على قاع الرحم ليراقب حركات الملعقة. وبعد الكحت يغسل باطن الرحم بقثطرة بوزمان بماء اوكسجينى بنسبة جزء الى ٣ أجزاء ماء ساخن. وبعد ذلك يُغسَل بمحلول يودى (٢٠ جرام من صبغة اليود المحضرة بنسبة ٦ ٪ الى لتر ماء) وبعد رفع الآلات يُدْلَك الرحم جيداً فاذا حدث نزف يسد باطن الرحم بشاش اليودوفورم. وترفع السدادة بعد ٦ ساعات ولا تُعاد. فاذا كان التسمم امتصاصياً تتحسن لأعراض فى بضع ساعات وتزول بعد يومين.

ويجب بعد ذلك اعطاء مسهل، ومقادير كافية من الارجوتين. ويجوز عمل زرق مهبلى بعد ذلك مرتين فى اليوم وزرق رحمى اذا اقتضى الأمر.

فاذا استمرت الأعراض بالرغم من هذا العلاج فالحالة حالة تسمم قيحى مختلط ونتبع فيها المعالجة التى ستذكر فيما بعد .

وقد ينشأ من عملية الكحت أن تُفتَح مسالك جديدة يسهل على المكروبات أن تدخلها . وفى الواقع أنه يحدث كثيراً بعد الكحت ان الأعراض تزداد شدة ويحدث للمريضة قشعريرة شديدة . ولكن زوال المنبع الأصلى للمكروبات وهو قطع المشيمة المتعفنة ينبنى عليه وقوف الامتصاص فتتحسن الحالة بعد يوم أو اثنين . أما اذا استمرت الأعراض بعد العملية فالحالة حالة تسمم قيحى .

المعالجة باللقاح والمصل — قد سبق الكلام عنها فى الفصل الذى عقدناه عن المكروبات . ونكتفى الآن بأن نقول ان الغرض منها محاولة احداث حصانة صناعية ضد المكروبات المسببة لها . ونظريتها مبنية على محاولة تقليد ما تعمله الطبيعة لشفاء الأمراض المكروبية من ايجاد أجسام مضادة فى الدم تهلك مكروبات المرض أو تزيل تأثير السموم التى تفرزها . ويقوم ذلك بطريقتين :

(١) الطريقة الأولى أن تحقن المريضة بمصل مجهز ضد المكروبات المحدثة للحمى النفاسية . وبهذه الكيفية ندخل فى الدم كمية جاهزة من الأجسام المضادة للمكروبات (Antibodies) .

(٢) الطريقة الثانية أن تُحقَن المريضة بمقدار معيَّن من مكروبات ميتة من جنس المكروب المسبب للحمى (بالطريقة التى ذكرت فى الكلام على المكروبات) وهذه المكروبات الميتة متى حُقِنَت فى الجسم تسبب افراز مواد فى الدم (أُبسونين) تزيد مقاومته المكروبات وتسمى هذه الطريقة المعالجة باللقاح .

والمعالجة بالمصل وباللقاح المجهّز عرضة للفشل فى كثير من الأحوال لأن أنواع المكروب السبحى كثيرة وقد تكون العدوى بنوع غير الذى حُضِّر منه اللقاح أو المصل . بل قد تكون العدوى بمكروب آخر مثل الباشلس القاولونى .

طريقة استعمال اللقاح — لا يغيب عن الذهن أن استعمال اللقاح فى علاج الحمى النفاسية هو فقط لمعاونة الطرق العلاجية الأخرى سواء كانت جراحية أو طبية . ولكنه لا يقوم مقامها. ويجب قبل البدء باستعمال اللقاح اكتشاف نوع المكروب المسبب للحمى مع ملاحظة عدم تلوث النموذج الذى يؤخذ من باطن الرحم بالافرازات المهبلية والعنقية . وفى كثير من الأحوال نجد أن المكروب هو المكروب الحالق السبحى أو العنقودى الأصغر . فمتى عرفنا نوع المكروب نحقن لقاحه الجاهز ونُحَضِّر لقاحاً ذاتياً فاذا حصلنا على نتيجة حسنة من استعمال اللقاح الجاهز يستمر على استعماله الى الشفاء والاّ فيستعمل اللقاح الذاتى عند تمام تحضيره . فان وُجِد أن العدوى هى بالمكروب السبحى تُحقَن ٥ مليونات من لقاحه وتكرر كل يومين بالكيفية التى ستذكر فيما بعد . وان كان المكروب هو العنقودى يحقن ٢٥ مليوناً من لقاحه . فان اتفق أن اللقاح هو من ذات مكروب العدوى يحدث رد فعل اعراضه ارتفاع فى الحرارة والنبض يُتْبَع بعد ٢٤ — ٣٦ ساعة بانخفاضها عما كانت . فان حدث ذلك يضاعَف المقدار بعد يومين . أما اذا كان التفاعل شديداً جداً ولم تنخفض الحرارة ينقص المقدار . وهكذا دواليك، على أن لا يزيد مقدار لقاح المكروب السبحى عن ٢٠ مليوناً والعنقودى عن ١٠٠ مليون . ويجب مساعدة اللقاح بالحقن بالمصل أيضاً . وكلما كان استعمال المصل مبكّراً كانت النتيجة أحسن . ويعطى منه ٢٠ سنتيمتراً مكعباً (جراماً) مرتين يومياً . ويجب فى عمل الحقن

مراعاة أدق طرق التعقيم وذلك لأنه بسبب ضعف مقاومة المريضة للمكروبات يكثر أن يتبع استعمالَ الحقن خراجاتٌ .

خراج التثبيت — قد جربوا فى كثير من الامراض المكروبية الحادة مثل التسمم النفاسى الحاد المعالجة باحداث خراج صناعى عقيم أطلقوا عليه اسم « خراج التثبيت » . ونجاح العلاج بهذه الطريقة غير مطّرد النجاح . وتتوقف فائدته على احداث رد فعل ، ليس فى الأنسجة التى يحدث فيها الخراج فقط ، بل فى الدم أيضاً . فموضعياً تلتهب الأنسجة وتتقيح وتهرع اليها الكريات البيضاء . وفى بعض الأحوال يتركَّز فيها عدد كبير من المكروبات الضارّة التى تكون سابحة فى الدم . أما التغيرات العمومية فتنحصر فى احداث زيادة فى عدد الكريات البيضاء .

وطريقة عمله هى أن يحقن تحت الجلد من جرام الى جرام ونصف من زيت التربنتينا المحضَّر خصيصاً لذلك . ففى الأحوال الموافقة يحدث رد الفعل بعد ٢٤ ساعة فتلتهب الأنسجة . وبعد ٤ — ٦ أيام يتكوّن الخراج . فمتى حدث ذلك يُشقّ ويغيَّر عليه كالمادة .

المعالجة العمومية — تمنع الأُم عن ارضاع طفلها ويُقصر غذاؤها على اللبن ، تأخذ منه لترين فى اليوم . ويجوز أيضاً أن تأخذ قليلاً من الشوربة أو خلاصة اللحم ويجوز أن يُعطى لها قليل من الكونياك الجيد لغاية ٤٠ جراماً فى اليوم أو الشمبانيا ١٠٠ جرام . ولا يجوز اعطاء مقادير كبيرة من المشروبات الكُحُولية لانها تضعف القلب . ويجب الاعتماد كثيراً على زيت الكافور يحقن منه ٠,٣٠ تحت الجلد كل أربع ساعات اذا كان النبض ضعيفاً . ويجب أن تحرك الامعاء بانتظام بالمليّنات والحقن . فاذا كانت المريضة مصابة باسهال معتدل فلا يجوز ايقافه . وان كان شديداً تستعمل حقن الأفيون

والنشاء. ولا تعطى أدوية لتخفيض الحرارة مثل الاسبرين وغيره لأنها تضعف القلب. وأحسن من ذلك عمل مكمدات باردة ووضع كيس ثلج على الرأس اذا كانت الحرارة أعلى من ٣٩°سَ. واذا أصيبت المريضة بالأرق تعطى برشامة أو قرص فيرونال ٧٥ر. ويتبع بمشروب ساخن مثل مغلى الأنيسون.

وفى الأحوال الثقيلة يحقن من المحلول الملحى أو الجلوكوز تحت الثدى ٥٠٠ جرام مرتين فى اليوم لمساعدة افراز السموم ولتقوية الكريات البيضاء ولمساعدة الجلد والكلى على الافراز. ويستمر على ذلك ثلاثة أو أربعة أيام. واذا لم تتحمل المريضة الحقن تحت الجلد تعطى لها الحقن من الشرج نقطة فنقطة حتى يسهل امتصاصها بواسطة الغشاء المخاطي المستقيم. ومن المفيد للمريضة أن تعطى ١٫٥ جراماً من اليوروتروبين محلولة فى ٢٥٠ جراماً من محلول الجلوكوز حقناً فى الشرج كل يوم. وينسبون لأملاح الفضة الغروية مثل اللانتول والالكترارجول القدرة على زيادة عدد كريات الدم البيضاء. ومن الموافق استعمالها لأنها ان لم تنفع لا تضر. وعادة يحقنون من اللانتول أو الالكتراجول من ٦ — ١٢ جراماً فى اليوم تحت الجلد. وفى الأحوال الثقيلة يكون الحقن فى الأوردة.

الالتهاب الحوضى الموضعى — فى كثير من الأحوال عند ما تدخل المكروبات القيحية الى المسالك التناسلية تصيب محل اندغام المشيمة والجروح التى تنشأ من تمزق العنق والمهبل، ثم تأخذ العدوى فى الامتداد الى بقية تجويف الرحم فتحدث التهاباً رحمياً باطنياً تقيحياً. فاذا لم يتعدَّ الالتهاب جدر الرحم يتحوّل الالتهاب الحاد الى التهاب مزمن مع مضى الوقت. أما اذا تعداها فقد تصل العدوى الى البريتون الحوضى أو الى النسيج الخلوى أو الى البوقين والمبيضين. وفى هذه الأحوال يتأخر ظهور الأعراض

الى اليوم الخامس أو السادس ، وقد تُسْبَق بأعراض تعفن موضعى بسيط لا يستوقف نظر الطبيب. ولو أنه أدركها وعالجها العلاج المناسب لَمَنَعَ اشتداد المرض . وهناك نوع يبتدئ بأعراض بسيطة مثل ارتفاع قليل فى الحرارة مع ألم فى الحوض وينتهى عادة بالتهاب حوضى مزمن. وهذا النوع كثير الحدوث

التهاب النسيج الخلوى للحوض — يختلف شكله بحسب درجة الاصابة . فان ارتشح النسيج الخلوى للحوض كله (فلغمونى الحوض) نجد الحوض مملوءًا بورم صلب غير متحرك قليل الألم ، يُحيط بالرحم من كل جهاته ، ولا يسهل تمييزه عنه . وان أصاب الالتهاب جزءًا منه فقط فقد نحس بالورم فى أحد الرباطين العريضين دافعاً الرحم الى الجهة الأخرى . وفى أول المرض لا يُحَسّ الاّ بورم صغير بجانب الرحم قليل الحركة يصعب جداً تمييزه من الالتهاب البوقى . ولكن متى امتدّ الالتهاب وأخذ اتجاه النسيج الخلوى الحوضى فالتشخيص سهل ، اذ نجد ورماً صلباً عديم الحركة ممتد الى جدر الحوض . وقد يتبع الالتهاب سير النسيج الخلوى الى أبعد من ذلك فيمتد الى الحفرة الحرقفية ويكوّن ورماً يسهل الاحساس به بطنياً فوق النصف الأنسى (الأقرب للعانة) لرباط پوپارت . وقد يسير الالتهاب فى اتجاه العضلية الابسواسية الحرقفية الى جهة الـكُلْية . وفى الأحوال البسيطة وبعض الأحوال الشديدة قد ينتهى بالامتصاص ولكن عدداً كبيراً من الأحوال الثقيلة ينتهى بالتقيح فيتكوّن خراج إما أعلى رباط پوپارت أو الى أحد جانبى الرحم . وفى أحوال نادرة قد يسير الالتهاب ماراً من الثقب المسدود ، أو الثقب الوركى ، ويتكوّن خراج فى الجهة المقدمة للفخذ أو فى الالية . وفى بعض الأحوال التى يمتد فيها الالتهاب الى جهة الـكلية أو الحرقفة قد يُمْتَص الارتشاح الذى يحيط بالرحم ولكن يتقيح الالتهاب

الذى فى الجهات البعيدة فيتكوّن خراج قرب الكُلْية أو فى الحفرة الحرقفية ويظهر الرحم والحوض كأنهما سليمان .

الالتهاب البريتونى الحوضى والالتهاب البوقى المبيضى — اذا تذكرنا أن البريتون يُغلِّف الرحم من الوراء اكثر من الأمام مكوّنًا لقعر كيس عميق هو ردب دوجلاس ، وأنه من الأمام لا يصل الا الى حذاء الفوهة الباطنة تقريباً ثم ينعطف على المثانة ، يسهل علينا ادراك السبب الذى لأجله يُحَس بالبريتون الملتهب خلف الرحم أشد وضوحاً مما يحس به من الأمام . وفى أغلب الأحوال يتكوّن فى قعر كيس دوجلاس ورم التهابى يدفع الرحم الى الأمام (اذا كان حجم الورم كبيراً) . ويكون هذا الورم أقل صلابة وأشد غضاضةً عند الجس من ارتشاحات النسيج الخلوى . ويَحُد هذا الورم من الأعلى غطاء مكوّن من الثرب والامعاء الدقاق أو الغلاظ يحس به من البطن كورم شاغل للقسم الخلفى مؤلم عند الضغط غير واضح الحدود ، نصف رنّان عند القرع . وهذه الارتشاحات البريتونية يندر ان تتقيّح . واذا تقيّحت ولم تُشَقّ جراحياً تنفجر فى المهبل أو المستقيم أو الامعاء . وأغلب الأحوال تنتهى بالامتصاص ولكنها قد تترك الرحم ملتصقاً فى وضع معيب .

الالتهابات البوقية والمبيضية — فى كثير من الأحوال يمتد الالتهاب الى البوقين والمبيضين مُحْدِثًا التهاباً بوقياً ومبيضياً حاداً ينتهى بعد زمن بحدوث التهاب مزمن يترك المريضة فى حالة ضعف الى زمن طويل .. وقد ينتهى الالتهاب بانسداد فتحتى البوق وتجمع الصديد فى تجويفه (التجمُّع القيحى للبوق) .

التهاب الأوردة التخثرى (التجمدى) — قد سبق شرح الكيفية التى يمتد بها الالتهاب من الأوردة الرحمية التى تجمّد الدم فيها ، وذكرنا ان الالتهاب

يمتد بالاتصال الى الأوردة المبيضية أو الحرقفية أو الفخذية. فان زاد امتداده ينتهي الأمر بحدوث تسمم قيحي دموى . وان اقتصر التخثر على الأوعية الفخذية حدث الورم الأبيض المؤلم للساق . وتتميز هذه الأحوال بحدوث قشعريرات شديدة جداً ومتعددة ، ما عدا الأحوال الخفيفة منها فانها لا تصطحب الا بارتفاع معتدل فى الحرارة والنبض .

معالجة الالتهاب الحوضى — اذا كنا واثقين من وجود قطع متعفنة من المشيمة فى باطن الرحم تجب المبادرة بفصلها وغسل باطن الرحم قبل أن يشتد الالتهاب الحوضى . وذلك دفعاً لامتداد الالتهاب الى درجة تجعل معالجة الرحم عديمة الجدوى وشديدة الخطر . وعلى المريضة ملازمة الفراش مدة طويلة ، مع ملاحظة تحريك امعائها بانتظام . وفى أول المرض يوضع على البطن كيس ثلج وتعمل لها زروقات مهبلية ساخنة بمقادير كبيرة من محلول الملح مرتين أو ثلاث فى اليوم. ويعمل لها ذات العلاج الذى وصفناه للحميات النفاسية العمومية. واذا طال المرض وظهر ورم التهابى فى البطن يوضع عليه لبخ ساخنة من بذر الكتان أو (antiphogistine) . واذا تكوّنت خراجات تفتح بلا ابطاء . ويساعدنا على تشخيص التقيح ، عدا التموج الذى يُحَسّ به عند عمل الجس المزدوج ، ان فحص الدم المتكرر يظهر ارتفاعاً فجائياً فى عدد الكريات البيضاء . فان بلغ عددها ٢٥٠٠٠ أو أكثر مع وجود ازدياد نسبى فى عدد الكريات التى تتلوّن بالايوزين فالتقيح موجود على الأرجح .

الورم الأبيض المؤلم للساق — فى الأنواع الشديدة لهذا المرض يتورّم الطرف المصاب من القدم الى الأُرْبية . ويصطحب عند بداءته بألم شديد وحمى وتوعك عام . وقد تحدث الاصابة فى أحد الطرفين السفليين أو فيهما معاً فى وقت واحد وهذا نادر . والأكثر حدوثاً أن تبدأ الاصابة

فى أحد الطرفين ثم تمتد الى الطرف الثانى بعد أسبوع أو أكثر . وقد شوهدت أحوال أصيبت فيها الأطراف العليا أيضاً . ويتميز لهذا المرض نوعان : الأول (التخثرى) التجلطى والثانى اللمفاوى .

النوع التخثرى — وهو الأكثر حدوثاً . ويتسبب من التهاب الوريد الحرقفى الظاهر أو الوريد الفخذى وتجمُّد الدم فيهما . فينبنى على ذلك أن دورة الدم فى أوردة الطرف المصاب تتعطل . وقد يُحَس بالوريد المتجمد دمه، فى أعلا مثلث سكاربا، كَحَبْل صلب موئلم مُعَقَّد فى بعض جهاته . وسبب تورم الساق هو حدوث ايديما تمتد بسرعة من الأقدام الى الأُربية . والأجزاء المصابة تكون ليّنة وتترك انخفاضاً عند الضغط . وفى أول الأمر يكون لونها أزرق داكن ويبيضّ قليلاً فيما بعد . وفى أغلب الأحوال يكون تجمُّد الدم فى الوريد الفخذى مسبَّباً عن امتداد التجمد الذى يكون حادثاً فى الأوعية الرحمية والحوضية . ولكن فى أحوال أخرى يكون سبب تجمد الدم فيه التهاب جدره من تأثير المكروبات التى تكون سابحة فى الدم . وهذا يُفَسِّر الاصابات التى تحدث فى الأطراف العليا أو فى الساقين من غير أن يوجد تخثر فى دم الأوعية الحوضية .

النوع اللمفاوى — فى هذا النوع تصل العدوى عن طريق الأوعية اللمفاوية فتسبّب التهاباً خلوياً غائراً يعطّل الدورة اللمفاوية فى الطرف المصاب فيتورّم تورُّماً شديداً لا يترك انخفاضاً عند الضغط عليه بالأصبع مثل الذى يحدث فى النوع التخثرى . ويصير الجلد متوتراً لامعاً وأبيض اللون . وقد يُحَس أيضاً ببعض الغدد اللمفاوية المتورّمة فى الأُرْبية . والارتشاح الذى يسبّب تورم الطرف لا يتسبب عن ايديما ولكن عن وجود سوائل لمفاوية قابلة للتجمد . وهذا النوع أقلّ من سابقه حدوثاً . وقد تنشأ بعض الاصابات من تجمد الدم

ومن الالتهاب اللمفاوى معاً . وفى كل هذه الأحوال نجد أن السبب الأصلى لحدوثها هو التعفن النفاسى . ويساعد على ظهور هذا المرض حدوث أنزفة قبل الولادة أو فى أثنائها والامراض المضعفة للأم وعلى الاخص أمراض الجهاز الدموى

الأعراض — تبدأ عادة من اليوم العاشر الى الرابع عشر . وقد تظهر فى اليوم السادس أو يتأخر ظهورها الى اليوم الثلاثين للنفاس . وتبدأ بحالة حادة مصحوبة بألم شديد فى الطرف المصاب ، وترتفع الحرارة الى ٣٩° س أو ٤٠° س ويحدث للمريضة رعشة شديدة أو قشعريرة واضحة . وأغلب الأحوال تكون مسبوقة ببعض ارتفاع فى الحرارة فى مدة النفاس التى تسبق الاصابة . ويبقى الألم والحرارة من ٣ أو ٤ أيام فى الأحوال البسيطة والى ١٠ أو ١٢ يوماً فى الأحوال الثقيلة . وبسبب الارتشاح والألم يفقد العضو حركته ويصير كأنه مشلول . ويمكن الاحساس بتموج قليل فى الركبة . وتكون حرارة الطرف المصاب أعلى من حرارة الطرف الصحيح بنصف درجة . واصابة الطرف السفلى الأيسر أكثر حدوثاً من اصابة الطرف الأيمن وذلك لأن فى الوضع الأول وهو أكثر الأوضاع حدوثاً تكون الحدبة المؤخرية الى اليسار فتكون التمزقات فى هذه الجهة كثيرة الحدوث ، ومنها تصل المكروبات الى الأنسجة الخلوية فى الرباط العريض الأيسر وتمتد الى الساق .

المعالجة — لما كان الخطر الوحيد فى هذا المرض هو انفصال خثرة دموية ووصولها الى الدورة الرئوية مسببة لسكتة رئوية فان أهم نقطة فى العلاج هى احاطة الطرف المصاب بأكياس من الرمل تمنع حركته . ويستحسن رفع العضو المصاب بوضع وسادة تحته فيسهل بذلك رجوع الدم فى الأوردة . ولإزالة الألم يُدْهن الساق بمرهم بنجه Baume Benguée أو بوضع مكمدات من الكحُل مغطاة بطبقة سميكة من الورق الزيتى تمنع تبخره . وهذه

المكمدات تحدث حرارة شديدة تكون سبباً فى تخفيف الوجع . ويكرر عمل المكمدات كل ساعتين . ويجوز أيضاً أن يُدْهن المكان الذى فوق الوريد المتجلط بصبغة البلادونا . وبعد زوال الألم يغلّف الساق بالقطن . وفى الأحوال الثقيلة يجب استعمال اللقاح أو المصل المضاد للاستربتوكوك (مصل المكروب السبحى) . ويقال بأن تعاطى حمض الليمونيك بمقدار نصف جرام محلولا فى ماء ٣ مرات فى اليوم يساعد على عدم امتداد تجمد الدم . وتوصى المريضة بوُجوب ملازمة الفراش مدة عشرة أيام بعد زوال الحمى والألم والورم . ومتى تركت الفراش يجب تنبيهها الى أن الورم سيعود بعد المشى وسيبقى الى أن تتعوَّد الدورة الوضع العمودى (أى وضع المريضة وهى واقفة) . ولكن اذا اشتد الورم يجب أن تعود المريضة الى الفراش ثانيةً . وقد يبقى الورم شهراً أو أكثر بحسب حجم الوريد المصاب . وفى الأحوال الثقيلة قد لا يعود العضو المصاب الى حالته الطبيعية الاّ بعد سنة أو سنتين يكون الساق فى أثنائها عرضة لعودة الورم عند المشى الطويل . ولا يجوز فى أثناء المرض دلك الطرف المصاب خوفاً من انفصال الخثر الدموية . ولكن يجوز عمل التدليك بعد شهر من زوال الأعراض لمساعدة زوال الايديما .

﴿ التسمم الوريدى ﴾

يحدث التسمم الوريدى من العدوى بمكروب الاستربتوكوك . وفى أغلب الأحوال يبدأ المرض بحدوث التهاب رحمى باطنى تقيحى، ثم يتلو ذلك اصابة الكتل الدموية التى تسد الجيوب الوعائية للرحم بالمكروبات وانفصالها ووصولها الى الدم حاملة اليه المكروبات التى أصيبت بها .

الأعراض — لا تظهر عادة قبل اليوم العاشر . وقد تُسبَق أو لا تُسبَق

بأعراض الامتصاص العفن . وتبدأ الأعراض بقشعريرة ترتفع فى أثنائها درجة الحرارة الى ٤٠° سنتجراد . والنبض يسرع نسبياً . وبعد مضى بضع ساعات تنخفض الحرارة الى الحالة الطبيعيـة ويُظَن أن المريضة شفيت . ولكن بعد مرور اثنتى عشرة ساعة او أربع وعشرين ساعة تحدث قشعريرة أخرى ترتفع فى أثنائها الحرارة وهكذا دواليك. وحدوث هذه القشعريرات يدل على أن كتلة دموية انفصلت وأصابت أنسجة لم تُصَبْ من قبل . وفى الأيام الأخيرة لا تهبط الحرارة الى الحالة الطبيعية بل تتراوح بين ٣٨° و ٤١° سنتجراد وبعد مرور ثلاثة الى سبعة أيام من بداءة المرض يبدأ حدوث خراجات متعددة فى الجسم تتبع فى الغالب سيراً مخصوصاً ، أعنى أنها إما أن تحدث كلها تحت الجلد ، أو فى المفاصل ، أو فى الاحشاء الباطنية كالكبد والرئتين والمخ . وكلما نشأ خراج صحبتـه قشعريرة . وقد تشفى المريضة من هذا المرض تدريجياً ، وقد تموت إما من الالتهاب الرئوى القيحى ، أو الالتهاب البريتونى القيحى ، أو التهاب الغشاء المبطن للقلب ، أو من حدوث خراجات فى أحشاء حيوية كالمخ والكبد .

الانذار — خبيث جداً ، ولكن بدرجة أقلّ من التسمم الليمفاوى . وكلما كانت الخراجات سطحية كان الانذار أحمد . وفى العادة يموت أقل من النصف اذا استعمل المصل المضاد للاستربتوكوك واللقاح فى الوقت المناسب.

المعالجة — تقوّى المريضة بكل الطرق الممكنة . وفى أول حدوث المرض يجب فحص تجويف الرحم فان وجدت بقايا من المشيمة تفصل بالاصبع وليس بالملعقة . ثم تعمل زروقات رحمية ومهبلية على حسب اللزوم . واذا وجدت أعراض موضعية تعالج بالزروقات المهبلية والرحمية . واذا تكوّنت خراجات فى المفاصل تفتح حالاً أما اذا تكوّنت تحت الجلد فالأفضل عدم فتحها الاّ

اذا اشتد اقترابها من سطح الجلد . وتحقن المريضة بالمصل المضاد للاستربتوكوك وباللقاح كما يفعل فى التسمم الليمفاوى .

وقد حاولوا فى بعض الأحوال التى أمكن فيها تشخيص امتداد التجلط من الأوعية الرحمية الى الأوعية الحوضية ، ربط الأوردة الرحمية والمبيضية لمنع الكتل المتعفنة من الوصول الى الدم وبذلك أوقفوا سير التسمم الوريدى. ولكن نجاح العملية مشكوك فيه أولاً لصعوبة تشخيص تجلط الأوعية الحوضية بالجس المزدوج وثانياً لأنه فى أحوال كثيرة قد يفتح البطن فيشاهَد بأن التجلط عمّ الأوعية الكبيرة .

وقد أشار بعضهم باستئصال الرحم باعتبار كونه منبع امتصاص عفن مستديم ولكن النتائج التى حصلوا عليها ليست مشجعة ولا أشير بعمل هذه العملية الاّ اذا وجد فى الرحم ورم ليفى متعفن .

التشخيص التفريقى — كل ارتفاع فى درجة الحرارة يحدث فى مدة النفاس يجب اعتباره حمى نفاسية الا إذا ثبت العكس . ولكن لا يغيب عن الذهن انه فى الأربع وعشرين ساعة الأولى للنفاس قد يسرع النبض وترتفع الحرارة خصوصاً عند من طالت مدة ولادتهن ّ أوعند من استوجبت حالتهن ّ الالتجاء الى وسائط صناعية . ويسمى هذا الارتفاع فى الحرارة بحمى رد الفعل . وهذه لا تطول مدتها اكثر من ١٢ ساعة . وقد يسبب هجوم اللبن فى اليوم الثالث سرعة فى النبض وارتفاعاً قليلاً فى الحرارة . ولكن تزول هذه الأعراض حالاً بعد أخذ مسهل . وقد ترتفع الحرارة بضع ساعات اذا تكدرت النفساء أو حدث لها انفعال نفسانى شديد . ويلزم الاحتراس عند ظهور هذه الأعراض فى التمييز بينها وبين حمى النفاس ، فان كثيراً من أحوال الحمى ينسب خطأ الى هجوم اللبن حتى ولو طالت أكثر من يوم . وقد يكون

سبب ارتفاع الحرارة اصابة النفساء بالانفلونزا أو حمى الدنج أو الحمى التيفودية أو التيفوس. والمشاهد أن الذى يكون قد باشر الولادة يحاول أن ينسب كل ارتفاع فى درجة الحرارة الى أحد هذه الأسباب. ولكن لا يغيب عن الذهن أن الإصابة بهذه الأمراض ليست كثيرة الحدوث. وأن تأخير العلاج المناسب لحمى النفاس قد ينشأ عنه مضاعفات ثقيلة قد تنتهى بالوفاة . ويساعد على عمل التشخيص فحص المهبل والعجان للبحث عن جروح ملتهبة ، وفحص الرحم ومتعلقاته ، وملاحظة لون ورائحة السائل النفاسى . وفى الأحوال المشكوك فيها يفحص الدم وتؤخذ عينات من باطن الرحم لاستنباتها .

✱ التهاب الغدة الثدوية ✱

والخراجات الثدوية

اذا لم تؤخذ الاحتياطات اللازمة فى مدة الحمل لتقوية جلد الثدى حتى يتحمل الرضاع وعلى الأخص عند بكريات الولادة ، يتشقق الجلد من شدة جذب الطفل الحلمة وقت الرضاع . واذا لم يُغْسَل الثدى قبل وبعد الرضاع ويجفف جيداً يجوز أن تصل المكروبات الى هذه التشققات فتلتهب . وفى بعض أحوال الالتهاب التى لا يكون الجلد فيها متشققاً يجوز أن تكون المكروبات قد دخلت من فتحات القنوات اللبنية نفسها ، ومنها الى الغدة. وقد وجد فى ٨٦ ٪ من الحوامل و ٩١ ٪ من النفاسى ان اللبن يحتوى على مكروبات فى حالته الطبيعية . وهذه المكروبات تكون غالباً من نوع قليل الضرر . ولكن بعض البكتيريولوجيين أمكنه اكتشاف المكروب العنقودى فى لبن كثير من النفاسى . وهذا يظهر لنا أن وجود المكروبات فى اللبن لا يؤدي دائماً الى التهاب الثدي ولكنّ الخطر الحقيقي هو وجود تشققات

فى الثدى تكون باباً تصل منه المكروبات الى الأنسجة العميقة فتلتهب .
ويمكن تمييز ثلاثة أنواع من التهاب الثدى بحسب النسيج المصاب : —

(١) التهاب الأنسجة الخلوية تحت الجلد ، وينتهى أحياناً بتكوين خراج سطحى بقرب الهالة .

(٢) التهاب الغدة ذاتها . وينتهى إما بالامتصاص أو بتكوّن خراج داخل الغدة .

(٣) التهاب الأنسجة الخلوية خلف الغدّة. وهذا لايحدث من تشققات الثدى بل من نكروزات الأضلاع ، ومن التجمع الصديدى للبلورا . وهذا لا شأن لنا فى شرحه .

وقد يحدث الالتهاب فى مكان واحد من الثدى، وقد تتعدد الأمكنة. وقد تكون كلها سطحية، أو يكون بعضها سطحياً والآخر غائراً. وهذه الالتهابات تحدث غالباً فى الثلاثة الأسابيع الأولى للنفاس . ولكنها قد تحدث بعد ذلك .

ويبدأ التهاب الثدى بتورّمه واحمرار الجلد فوق البقعة الملتهبة وفوق مسافة كبيرة حولهـا . ويصحب الالتهاب وجع شديد . وفى الأحوال التى يكون فيها الالتهاب مقصوراً على فص واحد من الغدة يأخذ الجزء الملتهب شكل هرم قمته نحو الحلمة وقاعه متجه الى فوق . أما الحرارة فترتفع من درجة الى ٣ درجات . وتشكو المريضة من وجع فى الرأس . ويتلو هذه الأعراض ظهور الالتهاب فى جهة من الثدى . واذا تقيح الجزء الملتهب فالغالب أن تحدث قشعريرة، ويرتشح الجلد الموجود فوق الجهة الملتهبة . ويجوز الاحساس بتموج اذا كان الخراج كبيراً وغير غائر . وبعض الخراجات السطحية تنفجر من ذاتها واذا لم يُعتَنَ بالغيار عليها فقد ينتقل الصديد الى القنوات اللبنية للثدى المصاب

وقد تنتقل الى الثدى الآخر اذا سمح للطفل بالرضاع منه قبل جفاف الصديد تماماً .

العلاج — قد ذكرنا العلاج الواقى سابقاً وأظهرنا أهمية تقوية جلد الثدى مدة الحمل وضرورة غسل الحلمة والهالة الأصلية بالماء بعد كل رضاع وتجفيفهما جيداً . فاذا تشقق الثدى بالرغم من ذلك فالواجب الاهتمام بعلاج التشقق .

أما فى الأحوال التى يموت فيها الطفل أو يُمتَنع عن ارضاعه لسبب من الأسباب فيجب تجفيف اللبن . ولعمل ذلك تنظّف الحلمات بمحلول مُطهّر ويغطى الثديان بطبقة من القطن ويربطا الى الصدر رباطاً متيناً فاذا اشتد الوجع يُرفَع الرباط ويوضع عليهما مكمدات من ماء الكلونيا والماء العادى مدة ٤ ساعات . ويعاد الرباط ثانيةً وتمنع المريضة عن الاكثار من شرب السوائل ثم تعطى مسهلاً ملحياً كل يوم لمدة ٣ أيام . وبهذه الكيفية ينقطع افراز اللبن ، فاذا لم ينقطع يُدْهَن الثدى ٣ مرات فى اليوم بمرهم البلادونا وتعطى المريضة ٠,٣٠ من يودور البوتاسيوم محلولاً فى نصف كباية لبن أو ماء ٣ مرات يومياً بعد الأكل .

أما الأحوال التى يظهر فيها الالتهاب فيجب علاجها كالآتى :

(١) يوقف الرضاع من الثدى الملتهب ويفرَّغ لبنه بشفاطة اللبن بانتظام.

(٢) فى اليومين الأولين تعمل مكمدات باردة بمحلول خلات الرصاص المخفف كل ساعتين . وبعد اليوم الثالث يعمل بدلاً منها لبخات ساخنة من بذر الكتان أو الانتيفلوجستين .

(٣) تعطى المريضة مقادير من المزيج الأبيض تكفى لتليين أمعائها ٣ مرات فى اليوم .

فاذا حدث التقيح بالرغم من ذلك يوقف الرضاع من كلا الثديين ويربط

الثدى السليم الى الصدر لتقليل افراز اللبن منه وتفتح الخراجات حسب أصول الجراحة بحيث تكون الشقوق موازية للقنوات اللبنية ، أى متشععة من الحلمة الى قاعدة الثدى . ويجب عند فتح الخراريج وضع الأصبع فى تجويف الخراج بعد لبس كف من المطاط يكون خالياً من الثقوب ، وتقطع كل الحواجز حتى لا يتجمع الصديد فى أى بؤرة منعزلة . واذا اقتضى الأمر تعمل فتحة أخرى فى الجهة الأكثر انحداراً لسهولة تصريف الصديد ، وتوضع فيها أنابيب من المطاط أو يسدّ التجويف بالشاش اليودوفورمى سداً متيناً . ويغيّر عليه مرتان فى اليوم بالغسيل بالليزول ٥ ٪ أولاً ثم بمحلول ملحى ١٥ ٪ وتعطى المريضة أدوية مقوية مثل شراب فلوز بمقدار ملعقة بُن فى نصف كباية ماء ٣ مرات فى اليوم أو مزيج الحديد والكينا (فارماكوبيا القصر العينى) أو مزيج الحديد والزرنيخ الى أن تعود لها صحتها.

﴿ الجنون التناسلى ﴾

يحدث الجنون التناسلى اما فى مدة الحمل ، أو فى أثناء النفاس ، أو فى مدة الرضاع ان طالت . وهو فى الغالب يشفى بعد مدة قصيرة ويندر أن يبقى طول العمر .

أسبابه — من المعلوم ان الحمل والولادة بوتقة اختبار المرأة . وهما اللذان يكشفان حقيقة قوتها العقلية والجسمية . والجنون التناسلى قد يكون أولياً أو تابعاً للوراثة أو الاكلمسيا أو التسممات الحملية ، أو ادمان الخمر ، أو الحمى النفاسية أو النزف الشديد . وهو أكثر حدوثاً فى غير المتزوجات .

الأنواع — يحدث الجنون إما على هيئة مانيا (هيجان) أو ميلانخوليا (سويداء) .

الاعراض — يكثر فى الحمل حدوث تغير فى الطباع مع بعض شذوذ .

ولكن ذلك لايمكن اعتباره جنوناً الاّ اذا اصطحبته تخيلات لاحقيقة لها. ويبدأ الجنون عادة بالأرق ثم يتبعه توهم وجود خيالات لا أصل لها. فاذا أصاب المريضة قيء توهمت أنها مسمومة . وغالباً تصير سوداوية المزاج . فلا يحلو لها الكلام الاّ عن بؤسها . وقد يبلغ بها الأمر الى أن تحاول الانتحار . وقد تشفى من مرضها قبل الولادة أو يطول المرض الى مدة النفاس . وفى بعض الأحوال يصير الجنون مزمناً .

جنون المخاض — عند خروج الرأس من العجان قد ينتاب المرأة نوبة من الجنون فتقتل طفلها . وهذا نادر جداً ولا يطول أمره .

جنون النفاس — يصحب هذا النوع على الغالب الحمى النفاسية أو النزف . وقد تعترى العليلة الوساوس والتخوف من أخطار وهمية ، وتصاب بالصداع وبالامساك وقد ترفض الغذاء . وفوق كل ذلك يعتريها أرق شديد . وتكره رؤية زوجها وطفلها . وأخيراً تصاب بالجنون الحاد .

جنون مدة الرضاع — يحدث عادة عند ضعاف البنية اللاتى أنهكهن تعب الرضاع وتكرر الحمل والولادة . وتكون المريضة به كئيبة ويعتريها الأرق والامساك . وبعد قليل تصير سوداوية الخلق وكثيرة الوساوس وقد تحاول الانتحار . والانذار هنا ليس حميداً مثله فى جنون النفاس .

الانذار — يشفى ستون فى المائة من عموم المريضات .

العلاج — تعالج الأمراض التى تصطحب به بما يناسبها . فان وجد تعفن يعالج بما سبق شرحه فى الكلام على حمى النفاس . وتمنع المريضة عن ارضاع طفلها الذى يجب أن يُفْصَل عنها الاّ فى حضور شخص يمكن أن يمنع عنه أذاها . وهناك أربعة أمور تجب ملاحظتها فى علاج من يخشى من اصابتهن بالجنون وهى : —

(١) أن تستوفى المريضة حاجتها من النوم، و (٢) أن تعطى غذاءً وافراً، و (٣) أن يمنع حدوث الامساك و (٤) أن تتريض الرياضة المعتدلة. وكثيراً ما يتقى الجنون بملاحظة هذه الأمور.

واذا حدث الجنون فيكون السير فى العلاج كما يأتى: — اذا لم تنم المريضة جيداً تعطى مزيجاً من الكلورال والبرومور بمقادير صغيرة الى أن تنام. واذا تعودته تعطى الباراالديهيد والكلورامين أو الهبنول. واذا حدثت نوبة جنون حاد يعطى لها مليجرام ونصف من الهيوسين حقناً تحت الجلد. وتعطى مقادير وافرة من الغذاء السهل الهضم. فاذا رفضت الأكل ترغم على تعاطيه بادخال أنبوبة معدية من الأنف. وغالباً لا تعود بعد ذلك الى الرفض. ولمقاومة الامساك تعطى المريضة نقطتان من زيت حب الملوك مع قليل من الزبدة والسكر اذا رفضت تعاطى المسهلات العادية. ويجب أن تكون المريضة تحت مراقبة ممرّضة متمرنة على علاج الأمراض العقلية ولا يجوز ربطها ولا إلباسها قميص المجانين لأن ذلك يزيد فى جنونها. ويجب أن تكون الشبابيك مجهزة بأسلاك من الحديد. فاذا لم تتحسن الحالة بعد شهر فالأفضل ارسالها الى مستشفى المجاذيب.

﴿ تمزق الرحم ﴾

قد يتمزق الرحم فى أى دور من أدوار الولادة. ويبدأ التمزق عادةً فى القسم السفلى بسبب رقته، ثم يمتد التمزق إما الى فوق نحو قاع الرحم، أو الى أسفل فى اتجاه المهبل وقد يمتد حلقياً. وقد يحدث التمزق من شدة احتكاك جدر الرحم بالحوض كما يحدث فى الحوض المفرطح اذا انحشر الرأس وانضغطت جدر الرحم بينه وبين الزاوية العجزية القَطَنية. ولتمزّق الرحم درجتان: —

(١) **التمزق الكامل** — وفيه تمزق جدر الرحم ويعم التمزق البريتون أيضاً

(٢) **التمزق الناقص** — وفيه لا يتمزق البريتون بل يقتصر التمزق على عضلات الرحم .

الأسباب — (١) اذا وُجدت موانع للولادة مثل ضيق الحوض ، والمجيء المستعرض والاستسقاء الدماغى ، وأورام الحوض الخ .

(٢) الاستحالة الشحمية للرحم .

(٣) وجود ندبة التحام ضعيفة لعملية قيصرية سابقة .

(٤) قد يتمزق الرحم أيضاً من : — (ا) محاولة عمل التحويل فى الرحم المنقبض انقباضاً تشنجياً أو (ب) من محاولة تخليص الجنين بالجفت والعنق لم يتمدد تمدداً كافياً فيتمزق ويمتد التمزق الى جدر الرحم، أو (ج) من محاولة توسيع العنق بالأصابع فى أحوال الاندغام المعيب المشيمة أو (د) فى أثناء تخليص المشيمة الملتصقة .

(١) من المعلوم أن القسم العلوى للرحم هو الذى ينقبض وينكمش . أما القسم السفلى فليس له خاصية الانقباض . والانكماش . ولذلك فاذا وجد مانع للولادة فان القسم العلوى يأخذ فى الغلاظة والقصر والقسم السفلى فى الاستطالة والترقق . فاذا لم تُنهَ الولادة صناعياً فان القسم السفلى يتمزق من شدة ترققه .

(٢) اذا كان الرحم مصاباً بالاستحالة الشحمية فقد يحدث التمزق فى أى دور من أدوار الولادة .

(شكل ١٩٧)
تمزق الرحم فى جزئه السفلى المترقق
(سجلبرج)

(٣) اذا كانت ندبة التحام عملية قيصرية سابقة ضعيفة فمن انقباض الرحم تنفصل حافتاها الواحدة عن الأخرى .

الأعراض - سنتكلم عليها تحت ثلاثة رؤس : —

(١) التمزق الموشك .

(٢) التمزق الفجائى .

(٣) التمزق التدريجى .

(١) **التمزق الموشك** — الأعراض التى يستدل منها على أن الرحم على وشك التمزق هى ارتفاع درجة الحرارة الى ٣٩,٥° — ٤٠° سنتجراد ، وازدياد النبض الى ١١٠ فى الدقيقة وانقباض الرحم انقباضاً مستمراً ، وارتفاع حلقة الانكماش اكثر من ٤ سنتيمترات فوق العانه ، وانتفاخ المهبل وجفافه وتوتر الأربطة المبرومة . وتظهر على المريضة علامات القلق الزائد ويصفر وجهها وتشكو من آلام مغصية شديدة فى البطن وتجف شفتاها وتتغطى أسنانها بالأوساخ وتئن باستمرار ، ويسرع نفسها كانها تلهث ثم يسرع نبضها كثيراً ويضعف حتى لا يمكن عده . ولا تخف وطأة هذه الأعراض حتى يحدث التمزق فتهبط قواها وتظهر عليها أعراض الصدمة .

(٢) **التمزق الفجائى** — أعراض التمزق الفجائى هى احساس المريضة بأن شيئاً تمزق فى جوفها ، ثم يتلو ذلك زوال الطلق وارتفاع الجزء الآتى به الجنين ان لم يكن منحشراً ، ويعترى المريضة هبوط تام وتنخفض حرارتها ويسرع نبضها وتخف وطأة الآلام البطنية ويهدأ تنفسها نوعاً ويتغطى وجهها بالعرق وبالفحص البطنى يسهل الاحساس بأجزاء الجنين وقد يحس بالرحم منقبضاً بجانب الجنين وكثيراً ما يلتبس برأس الجنين .

(٣) **التمزق التدريجى** — هو اكثر أنواع التمزق حدوثاً . وبالنسبة

لحدوثه تدريجياً فقد لا يلاحَظ فى أثناء الولادة ، ولكن عند ما يولد الجنين لا تتخلص المشيمة . فاذا وضعنا يدنا فى الرحم فاننا نكتشف محل التمزق . واذا اصطحب التمزق بحدوث نزف تظهر على المريضة أعراض الهبوط . أما اذا كان التمزق متسعاً فقد ينزل الجنين فى تجويف البطن ويسهل الاحساس باجزائه بغاية الوضوح .

المعالجة — تنقسم الى قسمين : (١) المعالجة الواقية ، (٢) المعالجة الشافية ،

المعالجة الواقية — تنحصر فى عدل وضع الجنين وانهاء الولادة صناعياً اذا خيف على الرحم من التمزق . فان كانت شروط وضع الجفت متوفرة يوضع الجفت . وان كان الجنين حياً والرحم طاهراً ولم تتوفر شروط وضع الجفت تعمل العملية القيصرية . وان كان الجنين ميتاً يعمل التفتت . وان كان المجىء بالكتف المُهْمَل تقطع الرأس .

(٢) **المعالجة الشافية** — اذا حدث التمزق ولم يكن الجنين قد وُلد بعد فالواجب تخليصه حالاً بواسطة التفتيت . هذا اذا كان فى الرحم . أما اذا كان قد نزل فى تجويف البطن فالواجب محاولة تخليصه بجذب الأقدام فان لم يفد ذلك يُفتح البطن ويُخرَج الجنين ثم يخاط التمزق أو يستأصل الرحم اذا لم يمكن ايقاف النزف . أما اذا لم يُشَخَّص وجود التمزق الاّ بعد ولادة الجنين فان كان التمزق صغيراً وغير مصحوب بنزف فيكفى بعد تخليص المشيمة أن يوضع فى الرحم قطعة كبيرة من الشاش للتصريف وسدّ الفتحة وترفع بعد اربع وعشرين ساعة . والغالب أن فى هذه المدة تنقبض حوافى التمزق وتدفع الشاش الى تجويف الرحم . أما اذا كان التمزق مصحوباً بنزف شديد فالواجب فتح البطن واستئصال الرحم .

﴿ أسباب الوفاة الفجائية فى مدة النفاس ﴾

قد تحدث الوفاة الفجائية فى مدة النفاس من الاغماء والكوما والسكتة الرئوية : —

الاغماء — ويحدث عند المصابات بأمراض القلب المزمنة ، وفى أحوال الانيميا المزمنة الشديدة ، ومن الأنزفة التى تحدث بعد الولادة أو فى أثنائها . ومن المشاهد أن خطر الولادة عند المصابات بأمراض القلب لا ينتهى بمجرد الولادة بل قد تحدث الوفاة فى مدة الأسبوع الأول بسبب وقوف حركة القلب . وفى بعض الأحوال يتسبب الاغمـاء من الصدمة الناشئة من اخلاء الرحم بسرعة كما يحدث بعد الولادة القهرية فى الاندغام المعيب للمشيمة ، وفى الولادة الفجائية ، وانفجار الرحم .

السكتة الرئوية — قد تحدث مدة الحمل أو الولادة أو النفاس . وسببها إنفصال كتلة دموية صغيرة من وريد أو جيب وعائى متجمد دمه ووصول هذه الكتلة الى الشريان الرئوى أو الى أحد فروعه . وانفصال هذه الكتل الدموية قد يتسبب من السعال الشديد ، أو التشنج . وقد تتسبب السكتة أيضاً من وصول الهواء الى أوعية الرحم اذا عمل زرق رحمى بغير اعتناء ، أو اذا حُقِن بين الرحم والأغشية مقدار من الجليسرين بقصد تحريض الولادة . وقد يكون منشأ الكتلة من الوريد الفخذى وقد سبق الكلام على ذلك .

ويندر أن تحدث الوفاة فجاءة فى السكتات الرئوية . وغالباً تمضى بضع ساعات قبل الوفاة تحدث فى أثنائها أعراض تختلف بحسب حجم الوعاء الذى تسدُّه الكتلة . فان كان الوعاء كبيراً يحدث عسر شديد فى التنفس دلالة الجوع الهوائى أى شدة الافتقار الى الاوكسجين . ويصحب ذلك ازرقاق

شديد فى الوجه والأطراف ثم فى سائر الجسم . ويكون النبض ضعيفاً وسريعاً. أما اذا كان الوعاء المنسد صغيراً فالأعراض تشبه أعراض الصدمة من حيث شحوب اللون وبرودة الجسم وضعف النبض . والانذار فى هذا المرض ردىء جداً. وهو أقل رداءة فى الأحوال التى يكون فيها الوعاء المنسد صغيراً.

العلاج — يُتَقَّى حدوث السكتة بالاعتناء بعد الولادة بتدليك الرحم وطرد كتل الدم التى قد تكون فيه ، وملاحظة دوام انقباضه . فاذا حدث المرض يُدلَك الرحم جيداً ويعمل للمريضه حقن جلدية من الكافور والاستركنين وتُضْجَع نصف اضّجاع ويوضع وراء ظهرها كثير من الوسائد . واذا تيسر الحصول على أوكسجين لتستنشقه كان ذلك أفضل .

الكوما — تحدث الكوما مدة النفاس عند المصابين بالبول السكرى أو الاكلمسيا أو النزيف المخى .

الفصل الخامس والعشرون

﴿ تحريض الاجهاض والولادة المعجلة وتمديد العنق صناعياً ﴾

تحريض الاجهاض

يقصد بتحريض الاجهاض تنبيه الرحم لقذف متحصل العلوق قبل أن يكون الجنين قابلاً للحياة ، أعنى قبل الاسبوع الثامن والعشرين .

الدلالات — لا يجوز تحريض الاجهاض الا فى الأحوال الآتية اذا كانت حياة الأم فى خطر وهى : —

(١) حدوث الحمل فى رحم منثن الى الوراء ولم يمكن عدله .

(٢) فى الأحوال الشديدة من القىء المستعصى ، وفى الأحوال المتقدمة جداً من أمراض القلب والكلى والرئتين .

(٣) فى أحوال الضيق الشديد للحوض اذا رفضت الأم تخليص الجنين بالعملية القيصرية عند تمام الحمل .

طرق تحريض الاجهاض — قبل الشهر الرابع أعنى قبل تمام تكوين المشيمة يحرّض الاجهاض بتمديد العنق وفصل البويضة بالأصبع أو بالملعقة الكالّة . والأفضل فى تمديد العنق أن يُبدأ التمديد بواسطة أقلام اللاميناريا ويُنهَى بممددات هيجار . أما من الشهر الرابع الى السادس فيحرّض الاجهاض ببط الأغشية . أما بعد الشهر السادس فتفعل طريقة كراوز وستذكر فيما بعد .

﴿ تحريض الولادة المعجلة ﴾

يَقصَد بتحريض الولادة المعجّلة تنبيه الرحم لقذف متحصل العلوق بعد صيرورة الجنين قابلاً للحياة ولكن قبل تمام مدة الحمل . وأكثر ما تفعل هذه

العملية فى الحوض الضيق بقصد تخليص حياة الجنين . ولذلك فالأفضل ألاّ تفعل قبل الاسبوع الثلاثين .

الدلالات — تفعل الولادة المعجلة فى الأحوال الآتية : —

(١) ضيق الحوض الذى يكون فيه طول القطر المقدم الخلفى ٦,٥ — ٧,٥ سنتيمترات فى الحوض المفرطح و ٨,٥س فى الحوض الضيق فى عموم أقطاره.

(٢) اذا تكرّرت وفاة الجنين فى الرحم بعد صيرورته قابلاً للحياة الاّ اذا كان السبب الزهرى . ففى هذه الأحوال تحرّض الولادة قبل ميعاد الوفاة العادى .

(٣) النزف قبل الولادة .

(٤) الاستسقاء الأمنيوسى اذا سبّب أعراضاً قلبية خطرة .

(٥) الأكلمسيا والقيء المستعصى وأمراض القلب والكُلَى التى تجعل حياة الأُم فى خطر .

الطرق — توجد جملة طرق لتحريض الولادة وأهمها الآتية : —

(١) التحويل القدمى وتمزيق الأغشية .

(٢) عمل السدادة المهبلية .

(٣) قثطرة الرحم.

(٤) حقن سوائل كالجليسرين أو الماء داخل الرحم .

(٥) تمديد العنق أصبعياً أو بممدد فرومر .

(٦) تمزيق الأغشية (بطّ الأغشية)

(٧) الزروقات المهبلية الساخنة .

(١) *التحويل* — يفعل التحويل القدمى وتمزيق الأغشية فى أحوال مخصوصة من الاندغام المعيب المشيمة، بقصد ايقاف النزف وتحريض الولادة.

(٢) **السدادة المهبلية** — وتفعل في أحوال النزف العارضي بقصد ايقاف النزف وتحريض الولادة . وبعض المؤلفين ينصح في هذه الأحوال بتمديد العنق وسده بشاش مشبع بالجليسرين والاكتيول المعقَّم بالغلي .

(٣) **قثطرة الرحم** — وتسمى طريقة كراوز . وتفعل في أحوال ضيق الحوض . وهذه الطريقة وان تكن بسيطة جداً فهي لا تخلو من الخطر اذا لم يُعتَنَ كل الاعتناء في التعقيم . ولعملها تعطى المريضة كلوروفورماً اذا اقتضى الأمر ثم تُضْجَع على ظهرها على حافة السرير بالعرض ثم تُحلَق العانة وتطهّر الأعضاء الظاهرة تطهيراً دقيقاً ، ثم يفعل زرق مهبلي ثم يمرّر منظار خلفي ويُجذَب العنق الى الأسفل بجفت ذي مشبكين . فان لم يكن العنق متمدّداً يمدّد أولاً بممددات هيجار ثم يؤتى بقثاطر أو شموع من الصمغ المرن ويمرّر أربع منها واحدة بعد الأخرى بين جدر الرحم والأغشية وتدفع الى أقصى ما يمكن . ويجب في تمريرها الاّ تُدفَع بقوة بل بغاية اللطف بحيث تأخذ الاتجاه الذي تسير فيه بسهولة . واذا أحسسنا بمقاومة نسحبها للخارج ثم نُمرّرها في اتجاه آخر . والجزء من القثاطر الذي لا يدخل الرحم يُلَفّ حوله قطعة من شاش اليودوفورم . وبهذه الطريقة تحرَّض الولادة عادة في بضع ساعات ولكنها قد تتأخر بعض أيام . فمتى تحرضت الولادة ترفع القثاطر . أما اذا مضت أربع وعشرون ساعة ولم تحرض الولادة فترفع القثاطر أيضاً ويفعل زرق مهبلي وتُمرر قثاطر أخرى فاذا لم تحرض الولادة يمكن تحريضها بواسطة تمديد العنق بممدد فرومر أو ممدد شامپتييه دي ريب . فاذا لم تحرض الولادة بعد ذلك يوضع الجفت أو يفعل التحويل القدمي .

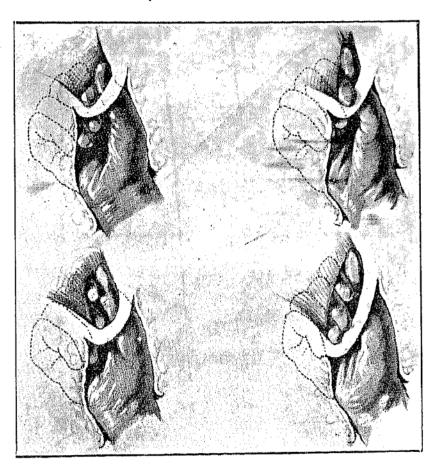
ملحوظة — لتعقيم القثاطر تغلى في الماء عشر دقائق ثم تغمر بالمحلول السليماني $\frac{1}{500}$ مدة ثلاث ساعات على الأقل .

(٤) **حقن باطن الرحم** — وطريقة عمله هي أن يُحقَن ١٥ جراماً من الجليسرين أو الماء بغاية البطء ما بين الأغشية وجدر الرحم. ولكن هذه الطريقة خطرة لانها قد تسبب الموت الفجائي لإمكان وصول الهواء الى الأوردة واحداث السكتة الرئوية.

(٥) **تمديد العنق** —يمدَّد العنق صناعياً إما بالأصبع أو بممددات بوتزى أو فرومر أو بارتز، أو شامبتييه دى ريب. أما التمديد الأصبعى فقد يسبب تمزق العنق ولذلك لا يصح استعماله الاّ اذا لم يمكن ادخال ممددات فى العنق بسبب هبوط الرأس وانطباقه على العنق وفى هذه الحالة يحسن اتباع طريقة هريس انظر شكل ١٨٩ ولعملها تدخل اليد كلها فى المهبل ثم تُدخل السبابة والابهام فى العنق ويمدد بهما العنق وهما متصالبتان. وعمل ذلك شبيه بالحركة التى تُعمل عند فرك شىء بين أصبعين. ومتى اتسع العنق يُدخَل الأصبع الأوسط وهكذا الى أن تدخل الأصابع كلها. وتختلف هذه الطريقة عن الطريقة العادية فى أن الأصابع تُحرَّك بالعضلات القابضة وليس بالعضلات الباسطة أى أن الأصابع تنثنى بدلاً من أن تنبسط. وهذا يعطيها دقة وقوة أكثر من قبل.

(٦) **بط الأغشية** — هو أبسط الطرق لتحريض الولادة. ولكن الولادة المحرّضة بهذه الكيفية قد لا تحرّض الاّ بعد بضعة أيام قد ترتفع فى أثنائها درجة الحرارة بسبب تحلل محتويات الرحم فتستدعى التداخل بطرق أخرى. وفى هذه الأحوال تكون المعالجة أصعب مما لو كانت الأغشية سليمة. زد على ذلك أن الولادة تكون بطيئة لعدم تمدد الفوّهة الظاهرة بجيب المياه. وأفضل الأحوال التى تفعل فيها هذه الطريقة هي أحوال الاستسقاء الأمنيوسي.

الزروقات المهبلية — وتنحصر فى تسليط نافورة من الماء الساخن على العنق من ١٠ الى ١٥ دقيقة وتكرَّر أربع مرات يومياً الى أن تحرّض الولادة. وفائدتها تنحصر فى تليين العنق وتنبيه الانقباضات الرحمية. واذا اعتُنِي فى عملها كان الخطر من تسرب الهواء بين الرحم والأغشية ضعيفاً .



شكل ١٨٩ توسيع العنق بالاصابع بطريقة هاريس

✱ تمديد العنق صناعياً ✱

يمدّد العنق فى الولادة باحدى الطريقتين الآتيتين : —

(١) بعمل شقوق فى العنق

(٢) بالممددات

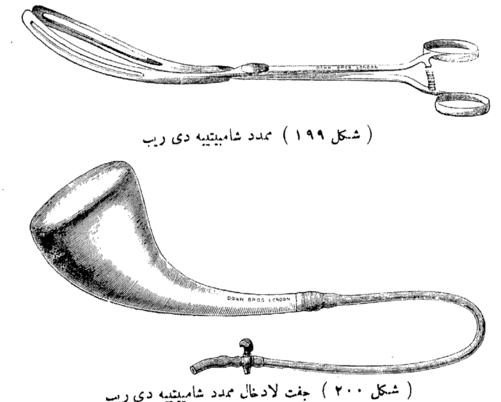
(١) **عمل الشقوق فى العنق** — وتفعل فى الأحوال التى يكون قد امّحى

فيها القسم الحوضى للعنق ولم يمّح القسم المهبلى . ويحدث ذلك عادة عند بكريات الولادة .

الدلالات — تفعل شقوق العنق فى الأحوال الآتية : —

(١) ضيق الجزء المهبلى للعنق اذا لم ينجح فى تليينه استعمال الزروقات الساخنة والمسكّنات .

(٢) فى أحوال الولادة القهرية أى التى يراد فيها انهاء الولادة حالاً ، اذا لم يمكن تمديد العنق بممدد فرومر .



(شكل ١٩٩) ممدد شامبيتييه دى ريب

(شكل ٢٠٠) جفت لادخال ممدد شامبيتييه دى ريب

الآلات — يلزم لهذه العملية الآلات الآتية :

منظار خلفى ، مقص قوى ذو نهاية كالة ، قابضة للابر ، خيط كاتجوت كرومى ، ابر منحنية متوسطة وصغيرة ، جفوت ذات مشابك .

العملية — تضجع الوالدة على حافة السرير بالعرض وتُطَهَّر الأعضاء التناسلية الظاهرة والمهبل تطهيراً دقيقاً . ثم يوضع المنظار الخلفى وتجذب

الشفة الخلفية للعنق الى أسفل بالجفوت ذات المشابك ثم تُمسَك بأصبعين واحد فى تجويف العنق والآخر من الخارج فى محاذاة اتصال العنق بالمهبل. ثم يُزلَق المقص على الأصابع وتقطع به الشفة الخلفية من الوسط . ثم يفعل شقان جانبيان بذات الطريقة ، ثم شق آخر فى وسط الشفة المقدمة . ويجب فى عمل الشقوق أن تمتد الى محل اتصال العنق بالمهبل فقط . ومتى انتهت الولادة تخاط هذه الشقوق .

(٢) التمديد بالممددات — يوجد نوعان من الممددات المستعملة فى الولادة وهما : —

(١) الممددات المعدنية وأقدمها ممدد بوتزى .

(٢) « المائية « بازنز .

أما أحسن الممددات المعدنية فهو ممدد فرومر . وهو ممدد ذو ثمانى فلقات يمكن تبعيد أطرافها بواسطة لولب فى قبضتها (انظر شكل ٢٠١) وممدد ديسينييه (انظر شكل ٢٠٣)

أما الممددات المائية فأحسنها ممددات شامپيتييه دى ريب وبازنز . والممدد الأول أفضل لسهولة استعماله . وهو يتألف من كيس مخروطى الشكل غير قابل للتمدد مصنوع من حرير مشبع فى مطاط ولا يمكن الماء أن يتخلله (انظر شكل ٢٠٠) أما قاعدة الكيس فيبلغ عرضها ١٠ سنتيمترات وتأخذ فى الصغر تدريجاً حتى يبلغ قطرها عند النهاية سنتيمتراً وربعاً . أما طول الكيس فيبلغ ١٥ سنتيمتراً . والكيس منحن قليلاً ليوافق انحناء المسالك التناسلية ويسع ٦٠٠ جراماً . ويدخل الى العنق بجفت مخصوص. أما ممددات بازنز فهى سلسلة أكياس كاوتشوك كمنجية الشكل يوضع أصغرها أولاً فتى تمدد العنق يوضع الأكبر فالأكبر وهكذا .

الدلالات -- يفعل تمديد العنق بالممددات المائية فى الأحوال الآتية :

(١) فى أحوال ضيق الحوض اذا كان من الممكن تخليص الجنين مهبلياً ولكن بسبب التمزق المبكر للأغشية لم تمدد الفوهة .

(٢) فى أحوال ضيق العنق اذا لم يفـد عمل الزروقات المهبليـة والمُرْخيات

(٣) فى أحوال الاكلمسيا والنزف العارضى الباطنى ، والأحوال الخطرة من أمراض الكلى والرئتين والقلب ، وفى أحوال وفاة وتعفن الجنين ، وبالجملة فى كل ما يستدعى عمل الولادة القهرية .

(٤) بعض أحوال الاندغام المعيب للمشيمة تعالج بوضع ممـدد شامبيتييه دى ريب

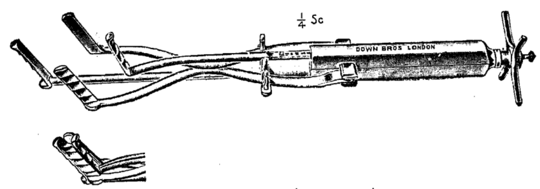
(شكل ٢٠١)
ممدد فرومر
مفتوح

(شكل ٢٠٢)
ممدد فرومر
مقفل

الآلات — اذا أريد استعمال ممدد فرومر أو ديسنييه فلا يلزم لإدخالهما آلات أخرى ، أما ممدد شامبيتييه دى ريب فيقتضى لادخاله استعمال جفت منحن ذى ملوقين ضيقين انظر شكل ١٩٩

العملية — تضجع المريضة على حافة السرير بالعرض وتظهر أعضاء التناسل الظاهرة ويفعل لها زرق مهبلى . فاذا أريد ادخال ممدد فرومر يدخل فى العنق وهو مقفل مهدياً على الاصابع حتى يصل الى الفوهة الباطنة . ثم يدار اللولب الذى فى القابضة بغاية البطء فتتباعد الفلقات بعضها عن بعض . ويجب فى ادارة

اللولب أنه بعـد ادارته ربع دائرة ننتظر دقيقتين لنسمح للعنق بالتمدد وهكذا. ويأخذ تمديد العنق بهذه الكيفية من ثلاثة ارباع الساعة الى ساعة كاملة . وفى أثناء عمل التمديد تفعل زروقات مهبلية ساخنة لمساعدة تليين العنق.

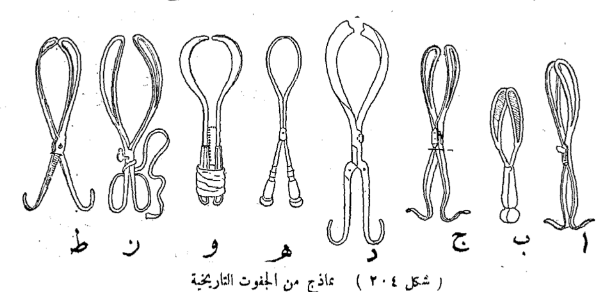


(شكل ٢٠٣) ممدد ديسنييه

أما اذا استعمل ممدد شامپيتييه دى ريب فيعقم اولاً بالغلى . ثم يطوى فى قطره الأكبر ويمسك بالجفت ويمرر الى أعلى فى فوهة الرحم بغاية اللطف. فاذا لم تكن الفوهة متمددة لدرجة تسمح بدخوله تمدَّد أولاً بممددات هيجار. أما اذا كانت الفوهة متمددة جيداً فتمرر فيها الأصابع أولاً ثم يُهْدَى عليها الجفت فى ادخاله . ويلزم فى ادخال الكيس أن يدفع داخل الفوهة الباطنة بعشرة سنتيمترات. ثم يوصل الزارق بأنبوبة الكيس ويسمح للماء بالمرور فيه. وفى أثناء امتلاء الكيس يفتح الجفت تدريجياً ثم يسحب (الجفت) متى امتلأ الكيس لدرجة تمنعه من الخروج مع الجفت فى أثناء سحبه . أما السائل الذى يستعمل لملء الكيس فهو محلول الليزول بنسبة ١ الى ٢٠٠. أما مقدار الماء الذى يملأ به الكيس فكالآتى : — اذا أريد أن يكون محيط الكيس ٣٣ سنتيمتراً يحقن فيه ٦٠٠ جراماً واذا أريد أن يكون المحيط ٢٧ سنتيمتراً يحقن ٥٦٠ جراماً . ولذلك فمتى أريد تمديد الفوهة تمديداً يسمح بمرور رأس الجنين يجب ملء الكيس ملئاً تاماً . ومتى تمددت الفوهة الظاهرة تمدداً تاماً فالانقباضات الرحمية تقذف الكيس من نفسها .

﴿ جفت الولادة ﴾

لسهولة فهم الجفت المستعمل الآن للولادة سنذكر بالاختصار تاريخ اكتشافه والتطورات التى طرأت عليه من وقت اكتشافه الى اليوم فنقول : من الغريب أن فكرة استعمال الجفت لم تخطر على بال المولدين الاّ حوالى القرن الثامن عشر . هذا اذا استثنينا ما ورد فى كتاب القانون لابن سينا فى اثناء الكلام على من تعسرت ولادتها حيث قال « ... . فان لم ينجح ذلك استعملت



(شكل ٢٠٤) نماذج من الجفوت التاريخية

ا . جفت ليفرت ١٧٤٧ ب . سميلى ١٧٥٢ ج . جريجوار ١٧٤٦ د . دتزيه ١٧٣٣ هـ و . بالفن ١٧٢١ ز ط . شامبرلين .

الكلاليب واستُخْرِج بها فان لم ينجح ذلك يدبّر تدبير الجنين الميت » . فقد تكون هذه الكلاليب أو لا تكون نوعاً من الجفوت التى يمكن أن تولد بها الأجنة احياء، ولولا ذلك ما أردف كلامه بقوله « والاَّ فيعامل (اى الجنين) معاملة الجنين الميت » أى من حيث الثقب والتفتيت . ولعل السبب فى عدم اهتداء الأطباء الى استعمال الجفت انهم لم يكونوا يُدْعون الى أحوال الولادة الاّ اذا تعسرت الى الغاية . ولعدم اتقانهم وتفهمهم أصول الولادة السهلة لم يكن لهم الخبرة اللازمة لمعالجة الولادات العسرة . وقد ذكر سميلى

أن الوالدات كن يرهبن حضور الطبيب لعلمهن أن حضوره دليل على ان الحالة قد ساءت لدرجة لا بد ان تنتهى اما بوفاة الأم أو الجنين أو وفاتهما معاً.

اما أول الجفوت التى عرضت فهو جفت عرضه بالفين من بلدة كورتبيه سنة ١٧٢٠ على المجمع العلمى فى باريس . وكان هذا الجفت مؤلفاً من ملعقتين ثقيلتين ، وكان صعب الاستعمال .

وقبل ذلك بمائة وستين سنة اشتهر رجل يدعى شامبرلين فى بلاد الانجليز بقدرته على توليد المتعسرات . ولكنه كان يجرى عملياته بطريقة سرية حتى لا يتمكن الغير من معرفة الآلات التى كان يستعملها . وقد توارث أولاده هذا السر من بعده . وفى سنة ١٦٧٠ ذهب أحد احفاده الى موريسو الطبيب الفرنساوى وعرض عليه أن يبيعه هذا السر بألف وخمسمائة جنيه . فأحضر موريسو مريضة مصابة بضيق الحوض كان مزمعاً أن يُجْرِى عليها العملية القيصرية ، وطلب منهُ أن يولدها . فأخذها هذا الى حجرة منفردة . وبعد أن حاول توليدها بالجفت مدة ثلاث ساعات أخفق وأقر بانهزامه . وقد ماتت تلك المرأة من جراء الجروح التى أصابتها من وضع الجفت ، فلم تتم الصفقة ، وآب من فرنسا خائباً مطروداً . وبعد ذلك افتتح مصرفاً مالياً ثم أفلس وهرب الى هولندا حيث باع سره الى روهنزن ، من أطباء أمستردام . وقد باعه الأخير الى آخرين وانتهى الأمر بأن افتضح السر وصار معروفاً عند الجميع . وقد وُجِدَت جفوت شامبرلين الأصلية فى سنة ١٨١٥ فى بيت كان يقطنه احفاده .

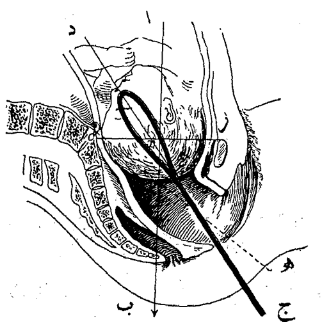
وكانت كل هذه الجفوت من النوع المسمى بالجفت القصير . ومميزات هذه الجفوت هى :

(١) الانحنا الرأسى .

(٢) القفل ،

(٣) القابضة ،

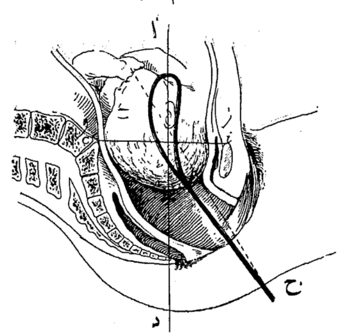
واذا نظرنا الى هذه الجفوت جانبياً نجدها مستقيمة أى ليس بها الانحناء الحوضى . (انظر شكل ٢٠٤ حرفا ز ط) وتسهل معرفة أوجه النقص فى هذه الجفوت اذا لاحظنا أن محور الحوض منحنٍ فى حين ان هذه الجفوت مستقيمة . فاذا اريد أن يمسك بها الرأس وهو فى المضيق العلوى فلا يكون



(شكل ٢٠٥) جفت مستقيم موضوع على الرأس وهو فى المضيق العلوى (مان مارى)
ا ب . محور المضيق العلوى ب و . مستوى المضيق العلوى هـ و محور المضيق السفلى ج د . اتجاه جذب الجفت .

الامساك فى وسط الرأس بل فى جزئه الخلفى . فاذا كان وضع الرأس وقت تركيب الجفت هو الوضع الأول أو الثانى ، فان جذب الجزء المركَّب عليه الجفت يسبب انبساطه. وفوق ذلك فان الرأس بدلاً من أن يُجذَب فى محور المضيق العلوى المشار اليه بحرفى ا ب (شكل ٢٠٥) يُجذَب فى اتجاه الجفت أى فى خط واقع بين محور الحوض ومحور المضيق السفلى وهو المشار اليه بحرفى د ج (شكل ٢٠٥) فينشأ من ذلك أن الأنسجة الواقعة بين الرأس والعانة

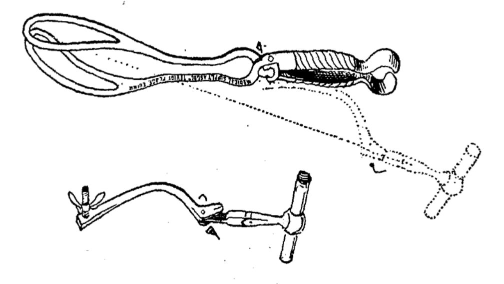
تنضغط انضغاطاً شديداً يضرّ بها. أما اذا وضع الجفت على الرأس وهو فى تجويف الحوض فمن المستحيل أيضاً جذبه فى اتجاه محور الحوض. فنضطر الى استعمال شدة فى الجذب تضر بالأم والجنين.



(شكل ٢٠٦) جفت منحن
ا د محور المضيق العلوى ز و مستوى المضيق العلوى
ج د اتجاه جذب الجفت (ملن مرى)

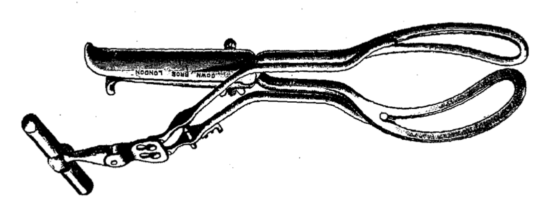
وأول من لاحظ هذا الخطأ فى تركيب الجفوت وأصلحه هو ليفرت الفرنساوى فى سنة ١٧٥١ ، فأوجد الانحناء الحوضى الذى فائدته انه لو وضع الجفت على الرأس أمسكه فى وسطه وجذبه فى اتجاه محور الحوض. وفى ذلك الوقت تقريباً ادخل طبيب اسكوتلاندى اسمه سميلّى تعديلين جديدين فى وضع الجفوت : الأول ، انه استبدل القفل بالمفصل (اى جعل جفته بقفل لا بمفصل) ، والثانى انه أطال المسافة الواقعة بين ملوقتى الجفت وبين المقبض حتى صارت سبعة سنتيمترات حتى يتيسر بذلك تعشيق الملعقتين بعيداً عن الفرج حتى ولو كان الرأس فى أعلى المضيق العلوى. وتعمل الجفوت الآن من المعدن ليسهل تعقيمها . ويبلغ طول الجفت ٣٧ س وقطر الانحناء

الرأسى للملوقة ١١,٢٥ سنتيمتراً (أى أنه قوس من دائرة تخيلية قطرها ١١,٢٥ س). وأكبر بُعْد بين الملوقتين يبلغ ٨,٥ س، وأصغر بُعْد بين طرفى



(شكل ٢٠٧)

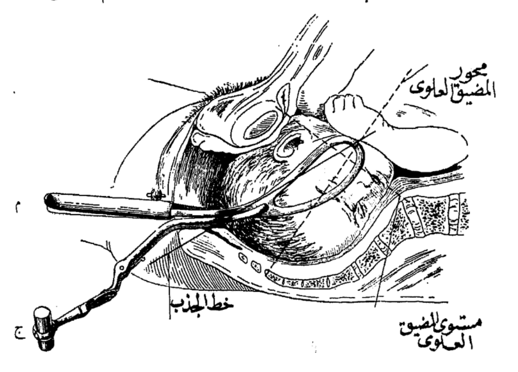
جفت الجذب المحورى (نيفل) هـ د يشير الى السهم . فى استعمال هذا الجفت يلزم أن يكون الجذب على محاذاة الخط المنقط الواصل من حرف م الى مركز ملعقتى الجفت .



(شكل ٢٠٨) جفت الجذب المحورى ملن مارى (داون) .

الملوقة سنتيمتران ونصف وتقوس الانحناء الحوضى قطره ١٧,٥ س . ويتضح الفرق بين الجفوت الطويلة والقصيرة بمقارنة (شكلى ٢٠٤ حرف م و ٢٠٨) ومنها نرى أن الجفت ذا الانحناء الحوضى يُمسك الرأس فى وسطه . فاذا كان الرأس فى تجويف الحوض خرج بغير عناء . أما لو كان الرأس فى أعلى المضيق العلوى فلا يكون الجذب فى اتجاه محور الحوض بل فى اتجاه خط بعيد عنده يقع أمام المحور .

وهذا النقص فى تركيب الجفت أصلحه تارنيه سنة ١٨٧٧ باكتشافه آلة الجذب المحورى التى يُجْذَب بها الرأس فى اتجاه محور الحوض مهما كان مركزه . وقد أَدْخل ملْن مَرى تعديلاً آخر على آلة الجذب المحورى جعلت جفته المرسوم فى (شكل ٢٠٨) أدق جفوت الجذب المحورى . وفى استعمال هذه الجفوت تجب ملاحظة أن المقبض المشار اليه بحرف م (شكل ٢٠٩)



(شكل ٢٠٩)
جفت الجذب المحورى موضوع على الرأس فى تجويف الحوض (سمسون)
يلاحظ أن خط الجذب متجه الى الامام اكثر من اللازم بقليل .

وهو الذى يستعمل لادخال فرعى الجفت لا يستعمل للجذب ، بل يكون الجذب باستعمال المقبض الآخر المشار اليه بحرف ج الذى يتصل بالملوقتين بفرعين منفصلين . وهذان الفرعان مصنوعان بكيفية تجعلهما ، عند الجذب فى اتجاه محور الحوض ، محاذيين تماماً للجزء السفلى للملوقتين . وفى نهايتهما السفلى يُركب مِقْبَض سهل الاتصال حرف ج (شكل ٢٠٩) وهو الذى يستعمل للجذب . ولما كان المقبضان الأصليان اى مقبضا التركيب لا يستعملان

للجذب فمنعاً لانفصالهما فى وقت الجذب يركّب عليهما برْغى . ويجب أن يراعى فى استعمال هذا البرغى عدم الافراط فى تضييقه خوفاً من احداث ضغط مضر على رأس الجنين . ومن مراجعة الأشكال ٢٠٧ و ٢٠٩ نرى أنه سواء كان الرأس فى المضيق العلوى أو فى التجويف فان الجذب يكون على خط يصل من مقبض الجذب الى منتصف الملوقة . ولكى يكون الجذب فى محور الحوض تماماً يشترط أن يكون الجزء العلوى لفرعى الجذب ملامساً للجزء السفلى للملوقتين . وفى أثناء الجذب نجد أنه كلما هبط الرأس فى الحوض اتجهت مقابض التركيب حرف م الى الأمام وهذا يضطرنا أن نغيّر اتجاه الجذب لتتم الملامسة بين الفروع التى سبق ذكرها . وبهذه الطريقة تكون كل قوة الجذب مؤثرة فى انزال الرأس ولا تضيع سدًى كما هو الحال عند استعمال الجفت القصير أو الجفت العادى .

واذا اتفق ان لم يكن عند المولد جفت جذب محورى فيمكن تقليد الجذب بطريقة پاچو وهى أن تُمسَك المقابض باليد اليمنى وتُجذَب الى الأمام، ويُمسَك الجزء السفلى للملوقتين فى أعلى القفل باليد اليسرى ويُجْذب الى الخلف . وهى طريقة أقل دقة بما لا يقاس عن طريقة الجذب المحورى .

ولما كان جفت ملْن مَرِى صعب التركيب استنبط نيڤل الجفت المرسوم فى (شكل ٢٠٧) وهو أسهل منه تركيباً ولكنه أقل دقة .

ومما تجب ملاحظته ان الجفوت المحورية مفروض استعمالها فى الحوض الطبيعى ، وذلك لأن كثيراً من مزاياها يزول اذا كان الحوض ضيّقاً ، لأن محور الحوض الضيّق يكون مخالفاً لاتجاه محور الجذب بالجفت . ويشذ عن ذلك الحوض الضيق فى جميع أقطاره .

فوائد الجفت — قد يستعمل الجفت (١) للجذب. (٢) للتصغير.

(٣) لتدوير الرأس الى الأمام . (٤) لمساعدة تخليص الرأس بعمل الحركة التذبذبية .

(١) **الجذب** — يمكن تعريف الجفت بأنه يد صناعية الغرض منها امساك رأس الجنين ، واخراجه من الحوض ، اذا عجزت القوى الطبيعية للرحم عن ذلك . وعلى ذلك فأهم فوائده هى الجذب .

(٢) **التصغير** — أما استعمال الجفت بقصد التصغير فلا يخلو من الخطر . وذلك لأننا اذا ركَّبنا الجفت على القطر المستعرض للرأس وضغطناه بقصد تصغيره يؤول ذلك الى استطالة القطر المقدم الخلفى فتعسر الولادة . واذا طالت مدة الضغط على رأس الجنين يولد مصاباً بالاسفكسيا البيضاء . وفى الأحوال التى يركَّب فيها الجفت على القطر المقدم الخلفى للرأس تستطيل الأقطار العمودية أى تطول المسافة التى بين القمة وقاعدة الجمجمة فيحدث ضرر بالغ للمخ .

(٣) **تدوير الرأس** قد يستعمل الجفت أيضاً لمساعدة دوران الرأس الى الأمام فى الأوضاع المؤخرية الخلفية . ولكن عمل ذلك يؤدى الى ارتفاع حرف من كل من الملوقتين وانخفاض الحرف الآخر ، فيسبِّب الحرف المرتفع تمزُّقاً فى أنسجة الأم وينغرس الحرف المنخفض فى رأس الجنين .

(٤) **الحركة التذبذبية** — فى بعض الأحوال العسرة التى يستعمل فيها الجفت يُلْجأُ أحياناً الى عمل حركة تذبذبية بتحريك المقابض من الجهة الواحدة الى الأخرى كما يُفْعَل عند اخراج سدادة (فَلّينة) من زجاجة . وهذه الطريقة تساعد التخليص فعلاً . ولكن تجب شدة الاحتراس فى عملها خوفاً من تمزيق الأجزاء الرخوة للأم . ويجدر بالطبيب المبتدىء أن يبتعد ما أمكن عن عملِ هذه الطرق التي تتطلب تمرُّناً عظيماً .

ومن الفوائد الثانوية للجفت ان أجزاءه السفلى تمدد الفرج قبل خروج الرأس فيساعد ذلك على تخليصه. ثم ان مجرد ادخال الجفت يحرّض الانقباضات الرحمية .

انتقاء الجفت — يجب فى انتقاء الجفت ملاحظة المقاييس التى سبق ذكرها . ويجب الالتفات الى آلة الجذب المحورى . ففى جفت نيفل يُلاحظ أن يكون السهم على خط يصل الى مركز الملوقتين ، ويلاحظ أن لا تكون الأجزاء السفلى للملوقتين (أى الواقعة بين الملوقة والقفل) شديدة الليونة ، لأن ذلك يسبب انزلاق الجفت . ويجب أن تكون حوافى الملوقة مسطحة أو محدبة تحديباً قليلاً جداً ، ولكن لا يجوز أن تكون مقعّرة . وأحسن الجفوت التى نشير باستعمالها جفت مِلْن مَرِى ، وهو وان كان صعب الاستعمال على المبتدِئ لكنه يجذب الرأس فى اتجاه محور الحوض دائماً ولو كان الرأس فى أعلى المضيق العلوى .

ومما تجب ملاحظته فى استعمال جفوت الجذب المحورى انه يمكننا استعمالها مع آلة الجذب اذا كان الرأس فى أعلى المضيق العلوى ، كما انه يمكننا استعمالها من غير آلة الجذب اذا كان الرأس فى التجويف .

ومن مزايا جفوت الجذب المحورى أننا اذا استعملناها فى أحوال لم يَدُر فيها الرأس الى الأمام فلا تتعطل حركة الدوران حتى فى أثناء الجذب ، وذلك لأن مقبض الجذب متمفصل مع الفروع المتصلة بالجفت بمفصل عنّابى يسمح بدورانه فى أى اتجاه . أما اذا استعملنا الجفت العادى فان الجذب المستمر يمنع الرأس من الدوران .

دلالات وضع الجفت — لاستعمال الجفت دلالات لا يُستعمل الاّ اذا وُجدت ، وشروط يجب أن تتوفر قبل وضعه والاّ ساءت النتيجة . أما

الأحوال التي تقتضي استعماله وهي التي تسمى دلالات فهي :

(١) إما لمصلحة الجنين . أو (٢) لمصلحة الأم .

فالتي لمصلحة الجنين هي : —

(١) الاحوال التي تأخذ فيها ضربات قلبه في الزيادة تدريجاً حتى تبلغ أكثر من ١٦٠ في الدقيقة ، أو تأخذ في البطء حتى تبلغ أقل من ١١٠ في البرهة بين طلق وآخر .

(٢) الحركات الشديدة للجنين .

(٣) خروج العقي غير مصحوب بسائل امنيوسى في المجيء بالرأس .

(٤) سقوط الحبل السرى .

أما التي لمصلحة الأم فهي : —

(١) بعض أحوال النزف العارضي ، والنزف الناشيء عن الاندغام المعيب للمشيمة .

(٢) اذا طالت مدة الدور الثاني وظهر على المريضة علامات الانحطاط والنهوكة .

(٣) التشنجات (الاكلمسيا) .

(٤) أمراض القلب والكلى والرئة .

(٥) التجمعات الدموية في الفرج .

وسنتكلم بالاختصار على بعض هذه الدلالات وعلى دلالات اخرى لم تذكر . انما يلاحظ أن وضع الجفت في الأحوال التي ذكرت يجب أن يكون بعد توفر شروط استعماله التي سنذكرها فيما بعد . وسنبدأ بذكر دلالة اختلفت فيها الأراء اختلافاً شديداً ، وهي الخمود الرحمي : —

(١) الخمود . اذا كان الخمود أوّلياً ، أي كان الطلق ضعيفاً من أول الولادة

فلا موجب لاستعمال الجفت ما دام جيب المياه لم ينفجر . لأنه لا يمكن أن يحدث ضرر للأم أو الجنين وجيب المياه سليم . والأفضل فى هذه الحالة أن تعطى المريضة حقنة مورفين ٠٫٠٢ لتنام وعند قيامها نجد أن الطلق قد زادت شدته كثيراً . أما اذا تمددت الفوهة الى أربعة أخماس التمدد الكامل فالأفضل فجر الجيب بمسبر عقيم لأن صغر حجم الرحم بعد تصريف السائل يساعد على انكماش عضلاته ، واحتكاك الرأس بالعنق يُهيّج الانقباضات الرحمية . فاذا مضت أربع ساعات ولم تنته الولادة ، ورأينا أن الطلق ابتدأ يضعف تدريجياً تعطى المريضة حقنة بيتوترين (١ جرام) وتنتهز فرصة اشتداد الطلق الذى يتلوها عادة بعد عشر دقائق أو ربع ساعة ويوضع الجفت . ويجب تحضير الأدوات اللازمة لعمل زرق رحمى ساخن جداً والتحضيرات اللازمة لعمل سد رحمى اذا حدث نزف خمودى بعد الولادة .

(٢) *تحشر الرأس فى الحوض* — فى بعض الأحوال يكون الرأس كبيراً جداً ومع ذلك يدخل الحوض ويتمدد العنق تماماً وينفجر الجيب ويتقدم الرأس حتى يصير على بعد أصبعين من العجان . ولكن بالنسبة لحجمه يتحشر فى الحوض بحيث لا تؤثر عليه الانقباضات فلا يعود يندفع الى الأسفل بتأثيرها . ومن ضغطه المستمر على الأنسجة الحوضية تتعطل الدورة فتتورّم الانسجة الرخوة للأم التى تكون فى أسفل الرأس وتزرقّ وتصير مؤلمة وتزداد حرارتها . ففى هذه الأحوال لو ترك الرأس طويلاً فان الضغط المستمر على الانسجة يفقدها حيويتها فتموت وتسقط فيما بعد فيتخلف عن ذلك النواسير البولية . فهذه الأحوال تستدعى سرعة اخراج الرأس . فان كانت ضربات قلب الجنين مسموعة ولم يكن الورم المهبلى كبيراً ولا نبض الأم سريعاً جداً ولم تكن هيئتها تدل على انحطاط قواها فالافضل تجربة الجفت . أما اذا

كانت الانقباضات متصلة وكان النبض سريعاً جداً وظهر على المريضة القلق الزائد وكان الورم المهبلى بالغاً والمهبل جافاً ومؤلماً ، وبعد التسمع الطويل على البطن لم تسمع ضربات قلب الجنين ، فلا داعى لإضاعة الوقت سدى فى تجربة الجفت والأفضل عمل الثقب أو التفتيت .

ووصول المريضة الى هذه الحالة ينشأ دائماً من خطأ متولى عملية الولادة . ويُتدارَك ذلك بتقدير حجم الرأس بالجس البطنى والمهبلى وملاحظة حجم الجزء الموجود فى الحوض والجزء الذى لم يحشر ، وكذلك بمراقبة تأثير الطلق الشديد على تقدم الرأس . فاذا شخَّصنا أن حجم الرأس كبير ووجدنا أن جزءه الأكبر دخل الحوض ولكن لم يعد للطلق تأثير عليه نعلم ان الوقت دنا لوضع الجفت واخراج جنين حى . اما لو تركنا هذه الفرصة تمر حدثت الاعراض التى تستوجب التفتيت .

(٣) **الاندغام المعيب للمشيمة** — يوضع الجفت فى الأحوال التى يكون فيها الاندغام جانبياً أو حرفياً . ويشترط أن يكون العنق متمدداً ثلاثة أرباع التمدد التام على الأقل وأن يكون الطلق موجوداً ولكن بدرجة لا تكفى لحدوث الولادة . أما لوكان الطلق قوياً فالأفضل ترك الحالة للطبيعة . أما لوكانت المشيمة مندغمة اندغاماً مركزياً ، أو كان جانب كبير منها مندغم فى العنق فان وضع الجفت وما يستوجبه من الجذب يحدث تمزقات بالغة فى العنق ، وخيرٌ منه عمل التحويل القدمى .

(٤) **سقوط الحبل السرى** — عند متكررات الولادة اذا كان العنق متمدداً الى ثلاثة أرباعه ، وكان الرأس منحشراً ، ووجدنا بجانبه عروة من الحبل السرى ولم نقدر على ردها ، فالأفضل وضع الجفت . أما اذا كانت المريضة بكرية أو كان المهبل ضيقاً والرأس لم ينحشر تماماً والعنق لم يتسع اتساعاً كافياً فالتوليد

بالجفت يأخذ وقتاً طويلاً يكون قد انضغط فيه الحبل لدرجة توقف دورته فيموت الجنين: واذا أسرعنا فى الجذب بالجفت تمزق أنسجة الأم. والافضل فى هذه الظروف عمل التحويل .

(٥) *ضخامة الكتفين* — فى بعض الأحوال يتأخر خروج الرأس بسبب ضخامة الكتفين . وفى هذه الحالة يُجذب الرأس بالجفت. ومتى خرج الرأس وهبطت الكتفان قليلاً يُساعِد على خروجهما اتباع الطريقة التى ستذكر عند الكلام على ضخامة الكتفين .

(٦) *تأخر خروج الرأس بعد ولادة الجسم فى المجىء بالمقعدة* — اذا جربنا الطرق العادية ولم يخرج الرأس فالأفضل وضع الجفت بعد رفع جسم الجنين على بطن أمه .

وفى كل الأحوال يجب قبل الالتجاء الى وضع الجفت أن نعيّن بالضبط السبب الذى أدى الى طول الدور الثانى. وفى أكثر من ٩٠ ٪ من الاحوال نجد أن السبب هو : —

(١) الخمود الرحمى .

(٢) الأوضاع المؤخرية الخلفية عند ما تتأخر الحدبة المؤخرية عن الدوران الى الامام .

(٣) صلابة العجان عند بكريات الولادة المتقدمات فى السن .

وفى ١٠ ٪ من الأحوال يكون السبب : —

(١) ضيق الحوض .

(٢) كبر حجم الرأس .

(٣) انحراف وضع الرحم، مثل ميله الشديد للأمام بسبب ارتخاء جدر البطن .

(٤) عدم دوران الذقن الى الامام فى المجىء بالوجه فى الوضع الأول والثانى.

واذا كان الرأس قد دخل فى الجزء السفلى للتجويف الحوضى ولم تتم الولادة فالغالب ان السبب خمود الرحم أو صلابة العجان. أما خمود الرحم فقد تكلمنا عنه. وأما صلابة العجان فاما ان تعالج بوضع الجفت أو بعمل شقوق جانبية فى الفرج وهو الأفضل. ويندر أن يكون سبب حجز الرأس فى تجويف الحوض ضيق المضيق السفلى. ويحدث ذلك فى الحوض القمعى.

أما اذا حجز الرأس فى الجزء العلوى للتجويف وكان الطلق قوياً فإما أن يكون السبب ان الوضع مؤخرى خلفى ولم تدر الحدبة المؤخرية الى الامام، واما أن يكون السبب عدم تناسب بين حجم الرأس والحوض ففى الحالة الأولى لا تتكوّن حدبة دموية كبيرة ويكون الرأس سهل الحركة، وفى الحالة الثانية تتكوّن حدبة دموية كبيرة على الجزء الآتى به الجنين ولا يسهل تحريك الرأس أى انه يكون مُتحشّراً. وعلى ذلك فاذا شاهدنا ازدياداً كبيراً فى حجم الحدبة الدموية يجب الالتفات الى حجم الحوض. وفى أغلب هذه الأحوال لا يدعى الطبيب الا بعد انفجار جيب المياه وتقدم المخاض بحيث يكون الرأس محشوراً فى الجزء العلوى للحوض بدرجة تجعل عمل قياس الحوض مستحيلاً. وفى هذه الحالة يمكن الاستدلال على مقدار عدم التناسب بين الرأس والحوض بملاحظة حجم الحدبة الدموية، ومقدار تراكب العظام بعضها فوق بعض. فاذا وجدنا أنه بالرغم من وجود تراكب شديد فى العظام لا يزال الجزء الأكبر للرأس غير منحشر فى الحوض فالغالب ان الولادة بالجفت لا تنجح. واذا جربنا وضع الجفت وبعد الجذب مرتين أو ثلاث مرات وجدنا ان الرأس باق فى مكانه فالأفضل عدم اضاعة الوقت سدًى بل نلجأ الى طرق أخرى مثل عملية قطع عظم العانة. ولا يجوز الالتجاء الى عمل

التحويل بعد تجربة وضع الجفت الا اذا كان عدم التناسب قليلاً وكان الحوض ضيقاً فى قطره المقدم الخلفى فقط ، وكان باقياً من السائل الأمنيوسى مقدار كبير. لأنه ان لم يكن السائل موجوداً فالخوف من تمزيق الرحم كبير. واذا كان الضيق شديداً فلا فائدة من التحويل لأننا سنضطر حتماً الى التفتيت وبدلاً من تفتيت الرأس بسهولة قبل عمل التحويل نضطر الى تفتيته بعد ولادة الجسم وهى عملية أصعب بكثير من الأولى .

شروط وضع الجفت — (١) يجب أن يكون جيب المياه قد انفجر وأن تكون الفوهة الظاهرة متمددة تمدداً كافياً لخروج الرأس لأنه اذا لم تكن الفوهة متسعة بحيث تقبل خروج الرأس بسهولة فان وضع الجفت والجذب به يستلزمان تمزيق العنق . ومتى حدث تمزق فى العنق مهما كان صغيراً فان خروج الرأس وباقى الجسم يزيدان التمزق حتى أنه قد يشمل الشريان الرحمى ويؤدى الى نزف قتال . وهناك بعض أحوال نادرة جداً تقتضى وضع الجفت قبل تمدد العنق تماماً (نصف تمدد) . وفى هذه الحالة يُجذَب الجفت بمنتهى الرقة حتى يسمح للعنق بأن يتمدد تدريجاً . وربما طال زمن الجذب الى ساعة أو اكثر .

(٢) يجب أن يكون الجنين آتياً بالقمة أو باليافوخ الخلفى . واذا كان الجنين آتياً بالوجه يجب أن يكون الذقن قد دار الى الأمام وعجز الطلق عن اتمام الولادة . أما فى المجىء بالحاجب فلا يجوز وضع الجفت الا اذا دارت الجبهة الى الامام ولم تفلح الانقباضات فى اصلاح المجىء .

(٣) أن يكون اكبر قطر للرأس قد دخل الحوض . لأننا اذا حاولنا تخليص الرأس بالجفت قبل أن يدخل اكبر قطر فى المضيق العلوى نجد صعوبة كبرى فى التخليص حتى ولو استعملنا جفت الجذب المحوري وكان

الحوض طبيعياً. لأننا عند ما ندفع الجفت الى أعلى المضيق العلوى يغلب جداً أن نجذب الرأس فى اتجاه مخالف لاتجاه محور المضيق العلوى فيضيع جزء كبير من قوة الجذب بلا فائدة . وذلك لأن الرأس يندفع على العظم العانى وقت الجذب. ثم انه كثيراً ما يحدث انَّ فى الأحواض الضيقة ينحشر الرأس بواسطة عدم التزامن المقدم فيهبط العظم الجدارى المقدم أولاً ويرتكز على العانة ثم ينزلق العظم الجدارى الخلفى ويتم انحشار الرأس فى الحوض . فاذا اتفق ان وضعنا الجفت قبل تمام هذه الحركة يتعطل الانحشار لأننا سنجذب الرأس قبل انزلاق العظم الجدارى الخلفى .

(٤) ان تكون الانقباضات الرحمية حادثة بانتظام وبقوة تكفى لانكماش الرحم بعد الولادة وذلك اتقاء لحدوث نزف خمودى بعد الولادة . ولكن هناك أحوالاً سبق الكلام عليها يستحسن فيها وضع الجفت بالرغم من وجود الخمود الرحمى .

(٥) أن تكون المثانة خالية من البول ، والمستقيم خالياً من المواد البرازية.

تهيئة العليلة للعملية — تقثطر المثانة ويعمل للمريضة حقنة شرجية اذا كان قد أهمل اخلاء المستقيم من المواد البرازية . وتحلق العانة والشفران ويغسل الفرج جيداً بالقطن ومحلول الليزول بعد سد الفوهة برفادة اسفنجة معقمة . ثم يعمل زرق مهبلى بلترين من محلول الليزول . ويلتفت الى تنظيف ثنياته وردوبه . وفى هذه الاثناء يكون قد تم تحضير الآلات وزوجين من الكفوف بتعقيمها جيداً بالغليان ثم بوضعها فى محلول ليزول ١ ٪ الى حين استعمالها .

تخدير المريضة — يندر أن يستعمل الطبيب المتمرن أى مخدّر اذا كان الرأس فى الحوض . ولكن اذا كان الرأس لم ينحشر فالأفضل تبنيج العليلة بالكلوروفورم الى أن يتم وضع الجفت . وعند البدء بالجذب يوقف اعطاء

الكلوروفورم الاّ بمقادير صغيرة جداً عند الاقتضاء. لأن الكلوروفورم يؤثر تأثيراً سيئاً على الطلق فيضعفه، ويؤخر انكماش الرحم فى الدور الثالث. وفى أحوال الاكلمسيا يستحسن أن يكون التبنيج بالأيثر لا بالكلوروفورم.

وضع العليلة وقت تركيب الجفت — تضجع المريضة على حرف السرير بالعرض ويكلف مساعدان بامساك ساقيها وتبعيدهما. وان لم يتيسر وجود مساعدين توضع الأقدام على كرسيين حتى يسهل تخفيض قابضة الجفت عند الجذب. وتغطى ساقاها بالفوط المعقمة. وتوضع فوطة معقمة فوق البطن وأخرى تحت الاليتين.

وضع الجفت — يُبدأ بفحص المهبل أولاً وذلك بأن تُدْخَل فيه اليد كلها ماعدا الابهام. ثم يبحث عن عنق الرحم للتأكد من انفتاح الفوهة تماماً. ثم يبحث عن التداريز واليوافيخ للتأكد من تشخيص الوضع. واذا كانت الحدبة الدموية كبيرة بحيث لا تسمح بالاحساس بالتداريز يبحث عن الأذن. فالجهة التى يوجد فيها تحديب الأذن هى الخلفية. فاذا وجدنا أن الحدبة المؤخرية متجهة الى الوراء نمسك الرأس بيدنا ونديره الى الأمام. فاذا لم يدُرْ الى الأمام يُراقَب حدوث الدوران وقت الجذب بآلة الجذب المحورى لمساعدته قليلاً. واذا وجدنا العنق غير متمدد تمدداً كافياً نمدِّده إما بالاصبع أو بممدّد فرومر ان أمكن ادخاله، أى اذا لم يكن الرأس هابطاً فى العنق ومنطبقاً عليه تمام الانطباق. فاذا وجدنا جيب المياه لم ينفجر نَفْجُره بمسبر عقيم. ثم نبحث عن درجة انحشار الرأس فان وجدناه فى الجزء السفلي لتجويف الحوض نضع الجفت بغير آلة الجذب المحورى أما اذا كان الرأس فى أعلى المضيق العلوى أو اذا لم يتمدّه الاّ قليلاً يركّب الجفت ثم آلة الجذب المحورى.

ولتركيب الجفت طريقتان : — فى الأولى يوضع الجفت على القطر المستعرض للحوض بغير ملاحظة وضع الرأس . وفى الثانية يوضع على جانبى الرأس بحيث يكون القطر الاكبر للملوقتين (أى الواصل من مركز الملوقتين الى قابضة الجفت) مقابلاً للقطر فوق المؤخرى الذقنى للرأس فى المجىء بالقمة : وهذه الطريقة وان كانت أدق من سابقتها ولكنها أصعب . والمشاهد دائماً هو أننا اذا وضعنا الجفت على القطر المستعرض للحوض وكانت الحدبة المؤخرية لم تدر للأمام أى كان القطر المقـدم الخلفى للرأس شاغلاً القطر المنحرف للحوض فكثيراً ما نجد أن الجفت بعد تعشيقه ينزلق على الرأس بحيث يمسكه فى قطره المستعرض . وأما اذا كانت الحدبة المؤخرية قد دارت الى الأمام فان الجفت الموضوع على القطر المستعرض للحوض يُمْسك جانبى الرأس من أول الأمر فالفرق بين الطريقتين بسيط . وفوق ذلك فانه اذا كان الحوض مفرطحاً وكان القطر المقدم الخلفى للرأس شاغلاً للقطر المستعرض للحوض فان وضع الجفت على القطر المستعرض للحوض يُمْسك الرأس فى قطره المقدم الخلفى ، وهذا أحسن وضع لمروره من المضيق العلوى .

طريقة تركيب الجفت — (١) تركيب جفت الجذب المحورى على القطر المستعرض للحوض . يُمسَك الفرع الأيسر للجفت باليد اليسرى كما يُمسَك القلم . وتوضع أصابع اليد اليمنى فى المهبل ما عدا الابهام وتدفع الى الأعلى جهة تقعير العجز . ويبحث عن العنق . فان لم يحس به يكون قد ارتفع فوق الرأس . وان وجدنا حافته نضع الأصابع بينها وبين الرأس اتقاء لوضع الجفت على العنق وتمزيقه وقت جذب الرأس . ثم يدخل الفرع الأيسر ويلاحظ عند ادخاله أن يُبدأ بوضعه عمودياً على الفرج . ثم تُمالُ قابضته فى اتجاه السرة ليُسمح للملوقة بدخول المهبل . ثم تهدى الملوقة على اليد التى فى المهبل وتوجَّه أولاً الى

الوراء جهة تقعير العجز ثم الى الأعلى الى أن تنطبق على الرأس تماماً . ودفعها الى الأعلى يقتضى تخفيض القـابضة الى الأسفل والوراء حتى ترتكز على العجان . وقد يتفق فى ادخال الملوقة ان حرفها يرتكز على فروة الراس بشكل زاوية فتدفع جلد الفروة امامها . فان حدث ذلك تُخْرَج قليلاً ثم تدخَل ثانيةً . وقد يحدث أيضا ان الملوقة لا تنطبق على الرأس فان حدث ذلك يجب اخراجها ثم اعادة ادخالها . ولا يجوز استعمال أى شدة فى اصلاح وضعها والاّ عرّضنا أنسجة الأم للتمزق . ومتى دخل الفرع تماماً تكون الملوقة فى الجهة اليسرى للحوض والقابضة متجهة نحو الفخذ الأيمن للأم، ويكون فرع الجذب المحورى المركَّب عليها متدلياً الى الاسفل. ثم يؤمر مساعد بامساك الفرع الذى أدخلناه . وان لم يتيسر وجود مساعد يُسند الفرع على ظهر اليد التى ستستعمل لهداية النصف الايمن للجفت. ثم يُمسك النصف الايمن للجفت باليد اليمنى ويدخل كسابقه مهدياً على اليد اليسرى . ويجب أن يُرفَع فرع الجذب المحورى المتصل به الى الأعلى وقت ادخاله لسهولة تركيب الجفت . ومتى دخل نصفا الجفت يُخَفَّض فرعا الجذب المحورى الى الاسفل ويكلّف أحد المساعدين بحفظهما فى هذا الوضع حتى يتم التعشيق . واذا كان نصفا الجفت قد أُدخلا باعتناء لا نجد أى صعوبة فى تعشيقهما . واذا وجدت صعوبة فالاغلب أن الحدبة المؤخرية تكون متجهة الى الوراء . وفى هذه الحالة يُخْرَج الجفت ويعاد تركيبه على القطر المنحرف . ولا يجوز الاستعانة بالقوّة على تعشيق الجفت فان ذلك يحدث تمزقات شديدة فى الأجزاء الرخوة للأم ويحدث ضرراً شديداً لرأس الجنين . ومتى تعشق الجفت ندخل أصبعاً فى المهبل للتأكد من أن الجفت مركَّب على الرأس فقط وان العنق خارجه . ثم نجذب الجفت باليد الأخرى لنرى اذا كان ممسكاً الرأس جيّداً . فاذا وجدنا

بعد جذب الجفت أن ثلث الملوقة صار فى أسفل الرأس وانه يزيد بالجذب ، فهذا دليل على ان الجفت لم ينطبق على القطر الأكبر للرأس وانه سينزلق . والواجب في هذه الحالة أن نرفَع الجفت ونعيد تركيبه ثانيةً ، محترسين فى هذه المرة أن ندفعه فى الحوض الى أعلى مما دفعناه فى المرة الأولى. واذا وجدنا بعد التعشيق ان قابضتى الجفت تنطبقان بعضهما على بعض بغاية السهولة فأما أن يكون الرأس صغيراً جداً أو نكون قد أمسكناه فى أصغر أقطاره . أما اذا وجدنا صعوبة فى تقريبهما فالغالب اننا أمسكناه فى أكبر أقطاره . واذا كان البعد بينهما كبيراً فالغالب أن الرأس كبير . أما اذا كان البعد كبيراً جداً فالغالب انه يوجد استسقاء دماغى .

وبعد تعشيق الجفت نثبّت البرغى بدون افراط فى التضييق لكي لا يحدث ضغط على الرأس . وبعد ذلك نوصل فرعى الجذب الواحد بالثانى ونركّب عليهما قابضة الجذب كما هو موضح فى (شكل ٢٠٩)

ملحوظة — لا يجوز ادخال نصف الجفت الأيمن قبل الأيسر لأن قفل التعشيق مصنوع بكيفية تستوجب أن يكون الفرع الأيسر فوق الأيمن.

جذب الرأس — تجب ملاحظة النقط الثلاث الآتية فى استعمال جفت الجذب المحورى وهى : —

(١) أن يبقى الجزء العلوى لفرعى الجذب ملاصقاً للجزء السفلى للملوقتين طول مدة الجذب لأن ذلك يدل على اننا نجذب فى اتجاه محور الحوض .

(٢) أن يكون الجذب فى برهة الانقباضات الرحمية فقط وأن يوقف فى الفترة بين الانقباضات .

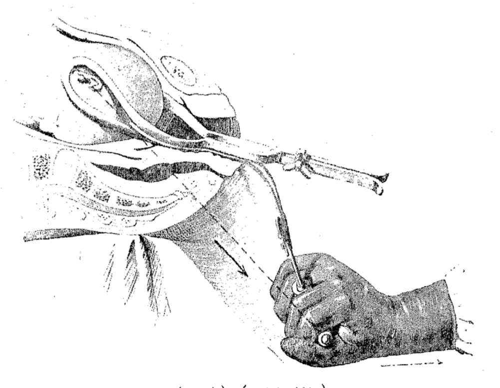
(٣) أن يُرْخَى البُرْغِىّ (البريمة) فى الوقت الذى لا نجذب فيه وذلك لمنع الضغط المستمر على الرأس .

اتجاه الجذب — (١) فى الأحوال التى يكون فيها الرأس فى الحوض تجذب أولاً الى الأسفل، ومتى هبط الرأس تحرك مقابض التركيب من نفسها الى الأمام فيجب حينئذٍ توجيه اتجاه الجذب الى الأمام حتى تبقى فروع الجذب ملاصقة الملوقتين . واذا كان حجم الرأس واتساع الحوض طبيعيين فان جذب الجفت بأصبعين يكفى لإخراج الرأس فى مدة وجيزة . واذا دار الرأس فى أثناء الجذب حتى صار القطر الموضوع عليه الجفت شاغلاً للقطر المقدم الخلفى للحوض يجب أن يرفع الجفت ويعاد تركيبه ثانيةً خوفاً من احداث تمزقات فى الفرج . ومتى وصل الرأس للفرج يُرفَع الجفت ويولَّد الرأس كالعادة . وعند رفع الجفت يُرفع مِقبَض الجذب أولاً ثم يُرْخى بُرغِيُّ التثبيت وتفصل فروع الجذب بعضها من بعض وبعد ذلك نخرج نصفى الجفت مبتدئين بالأيمن .

(٢) اذا كان الرأس فى الجزء العلوى لتجويف الحوض تعمل مقارنة دقيقة بين حجم الرأس واتساع الحوض ، لأنه إما أن يكون سبب تأخر نزول الرأس ضعف الطلق ، أو ضيق الحوض . وقبل وضع الجفت نلاحظ حجم الحدبة الدموية المصلية ، ودرجة تراكب العظام بعضها على بعض . ثم يُعَيَّن مقدار ما انحشر من الرأس وما بقى منه فوق المضيق العلوى بطريقة مولر التى ستذكر فيما بعد . فان وجدنا أملاً فى تخليص الرأس بالجفت وضعناه والاّ التجأنا الى طرق أخرى . وفى أغلب الأحوال التى يكون فيها الرأس عالياً فى الحوض يصعب على المبتدىء تركيب الجفت ويكثر انزلاقه . فاذا حدث ذلك تُدْفَع الفروع الى الأعلى وقت تركيبها وتطبَّق على الرأس جيداً . واذا وجدنا أن المؤخر متجه الى الوراء وهو كثير الحدوث فى هذه الأحوال، نعلم ان هذا هو سبب الانزلاق فنعدل وضع الرأس أولاً .

(٣) اذا كان الحوض ضيّقاً وكان الضيق مقتصراً على القطر المقدم

الخلفى فالغالب أن الرأس يكون منحشراً فى القطر المستعرض وفى هذه الحالة نضطر لوضع الجفت على القطر المقدم الخلفى للرأس. ووضع الجفت على هذا القطر يحدث ضرراً لرأس الجنين لأنه يسبب استطالة فى الأقطار العمودية للرأس، ولكنه لا يُحدِث استطالة فى القطر الجدارى الجدارى. ولذلك فان الولادة لا تتعطل ولكن يتعرض الجنين لبعض الخطر من حدوث الاسفكسيا. وليس من الصواب محاولة امساك الرأس فى أى قطر آخر لأن ذلك يجعل جذبه عسراً جداً.

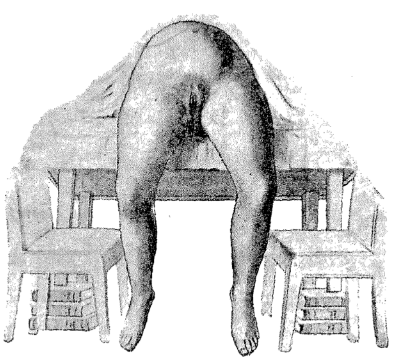


(شكل ٢١١) (ايدن)

جفت الجذب المحورى والمريضة فى وضع ولخر . وهو يبين الاتجاه الذى يجذب فيه الجفت

ومما يساعد على تخليص الرأس فى الحوض الضيق أن تولّد الرأس والمريضة مضّجعة فى وضع ولخر (شكل ٢١١). وفى هذا الوضع تضّجع المريضة على ظهرها بحيث ترتكز أليتاها على حرف السرير مرفوعة على مخدّة صلبة. ويجب أن يكون السرير مرتفعاً لدرجة تكفى لتدلى الأطراف السفلى بحيث

لا تلامس القدمان الأرض . وتدلية القدمين بهذه الكيفية يَجذِب الجزء من الحوض المكوَّن من الحرقفتين (العظمين اللذين لا اسم لهما) الى الأسفل بقدر ما يسمح لين الارتفاقات العجزية الحرقفية الذى يحدث وقت الحمل . وبهذه الكيفية يُصبح الارتفاق العانى أوطأ مما كان قبلاً فيزيد طول القطر



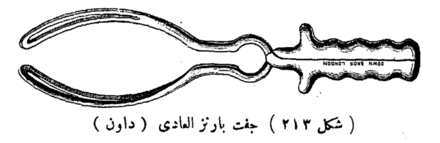
(شكل ٢١٢) وضع ولخر (نويدى) .

المقدم الخلفى للحوض من ثمانية ملليمترات الى سنتيمتر وربع . وهذا الاتساع يساعد على تخليص الرأس . ولكن لما كان هذا الوضع متعباً جداً للمريضة فالواجب أَن يوضع كرسيان بجانبها لتسند قدميها فى الفترة بين الطلق . أما وقت الطلق فترُفَع الكراسى ويُبدأ بجذب الجفت . وبالنسبة لتغيُّر محور المضيق العُلوى يجب أَن يجلس المولّد على مخدة على الأرض ويجذب الى الوراء . ومتى زال الطلق يوقف الجذب وتضع المريضة قدميها على الكرسى وهكذا دواليك الى أن يدخل الرأس الحوض فترجع المريضة الى الوضع الظهرى الأول . ويؤمر مساعدان بامساك الأطراف السفلى ، وتتمم الولادة

كالعادة . وفى الغالب أن الرأس متى دخل الحوض يدور الى الأمام فاذا حدث ذلك يُرْفَع الجفت ويركَّب ثانيةً خوفاً من اخراج الرأس فى وضع منحرف .

أما فى الضيق العمومى للحوض فان وضع والحر لا يساعد كثيراً لأن الأقطار جميعها ضيّقة . وفى الحوض القمعى تكون الصعوبة فى خروج الرأس فى المضيق السفلى لا فى العُلوى . وفى هذه الحالة يحتال على توسيعه بأن توضع تحت إِلْيَتَي المريضة مخدة مرتفعة أو اثنتان ، أو تؤمر المريضة بالنوم على جانبها الأيسر (وضع سمز) فى وقت الجذب .

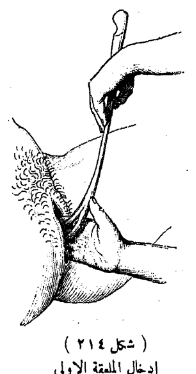
طريقة استعمال الجفت العادى — لا تختلف طريقة وضع الجفت العادى عن وضع الجفت المحورى الاّ فى أنها أبسط منهاجداً لعدم وجود فروع جذب



(شكل ٢١٣) جفت بارنز العادى (داون)

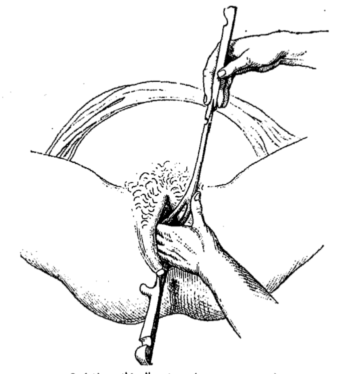
تعيق المولّد . ويُتَّبَع فى ادخاله نفس الشروط والاحتياطات التى ذكرت قبلاً . وفى أثناء الجذب يحترس من الضغط الشديد على قابضتى الجفت خوفاً من احداث ضغط مضر على الرأس . ويجب أن نفسّح بين قابضتى الجفت فى الفترة بين الطلقات . وفى أثناء الجذب تستعمل يد واحدة فقط . أما فى الأحوال الصعبة فتستعمل اليدان واحدة لجذب المقابض الى الأسفل والأخرى لجذب القفل الى الوراء . واذا كان الرأس عالياً فى الحوض يجذب الى الأسفل والوراء . ومتى دخل الرأس الحوض يُجْذَب الى الأسفل فقط . ومتى هبط

الرأس واقترب من الفرج يُجْذَب الى الأسفل والأمام . وفى برهة خروجه من الفرج يُجْذَب الى الأمام فقط . ومتى تخلص جزء من الرأس يُرْفَع الجفت لأن وجوده يسبب اتساعاً فى الفوهة اكبر مما لو تخلص الرأس وحده . وربما حدث تمزق فى العجان أو فى جهة البظر من ضغط نصله .



(شكل ٢١٤)
ادخال الملعقة الاولى

فى المجيئات المؤخرية الخلفية — فى هذه الأحوال يكون تخليص الرأس متعباً جداً ويستوجب جذباً شديداً . واذا دار الرأس فى اثناء التخليص يُرفَع الجفت ويركب ثانياً .

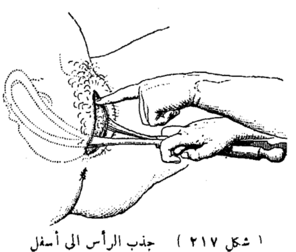


(شكل ٢١٥) ادخال الملعقة الثانية

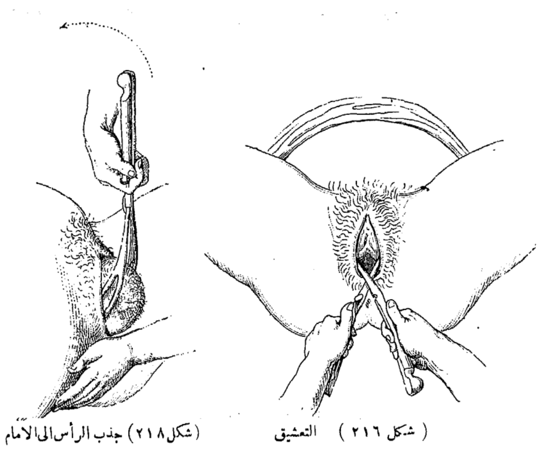
واذا لم يدُرْ تجب ملاحظة جذب الرأس الى الأمام وقت خروجه الى أن تخرج الحدبة المؤخرية من العجان ثم تُتْرَك الحالة للطبيعة حتى ينزلق الوجه.

فى المجىء بالوجه — لا يوضع الجفت الاّ اذا طالت مدة الولادة وأصبح

الجنين فى خطر ، أو اذا حدث خمود رحمى . ويشترط فى وضعه أن يكون الذقن قد دار الى الأمام . أما اذا لم يَدُرْ الذقن ولم نُفْلح فى إدارته فمن الجائز تجربة وضع الجفت قبل عمل التفتيت ولو أنه غالباً ما يموت الجنين من ضغط الجفت على حنجرته .



(شكل ٢١٧) جذب الرأس الى أسفل



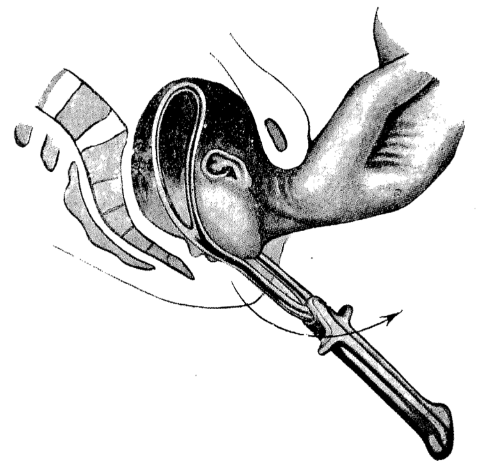
(شكل ٢١٦) التعشيق

(شكل ٢١٨) جذب الرأس الى الأمام

فى المجىء بالحاجب — لا يجوز فى المجىء بالحاجب أن يوضع الجفت لأنه كثيراً ما يتحول الى مجىء بالقمة أو بالوجه . ولكن اذا انحشر الرأس

والمجيء لا يزال بالحاجب ودارت الجبهة الى الأمام فمن الجائز تجربة وضع الجفت.

فى المجيء بالمقعدة — اذا لم يسهل اخراج رأس الجنين فى المجيء بالمقعدة بالطرق العادية وكان المؤخر متجهاً الى الأمام يرفع الجنين على بطن أمه ويوضع الجفت العادى . وعادة يكون التخليص سهلاً الاّ اذا كان الرأس



(شكل ٢١٩) وضع الجفت على الرأس عند صعوبة تخليصه في المجيء بالمقعدة — السهم يبين اتجاه الجذب . (دى لى)

منبسطاً . أما اذا كان المؤخر للخلف فيُدفع الجنين الى الوراء . ويوضع الجفت أمام جسمه وفى الأحوال التى يبقى فيها الرأس أعلى المضيق العلوى بعد ولادة الجسم يصعب جداً تخليصه بالجفت .

اخطار الجفت — اذا اتُّخِذَت الاحتياطات الوافية فى التطهير، وكان العنق متمدداً بالكفاية ، وكان حجم الرأس واتساع الحوض طبيعيين ، فلا خطر

مطلقاً من استعمال الجفت . ولكن اذا أُهمِلت الاحتياطات التى ذكرناها فقد ينشأ عن وضع الجفت مضار كثيرة للأم وللجنين أما مضار الأم فهى :

(١) **تمزق الرحم والعنق** — أما تمزقات العنق فتنشأ من استعمال



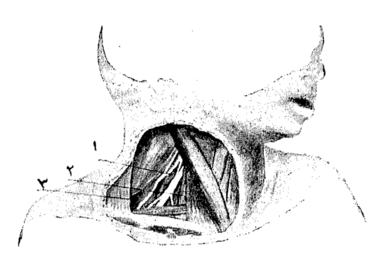
(شكل ٢٢١)
يوضح كيفية تمزيق الاعصاب
عند منشأها في الحبل الشوكى



(شكل ٢٢٠)
يوضح كيفية تمزيق الاعصاب
عند منشأها بالضغط الشديد بالجفت .

الاصابة التى تحدث من الجذب الشديد هى الشلل المسمى بشلل ارب .

الجفت قبل تمام اتساع الفوهة الظاهرة . وتمزقات المهبل تنشأ من انزلاق الجفت ومن الجذب السريع خصوصاً عند البكريات ، ومن عدم تغيير وضع



(شكل ٢٢٢) رسم صورى يوضح الانسجة التى تصاب
عند استعمال شدة في تخليص الرأس (د ى لى)

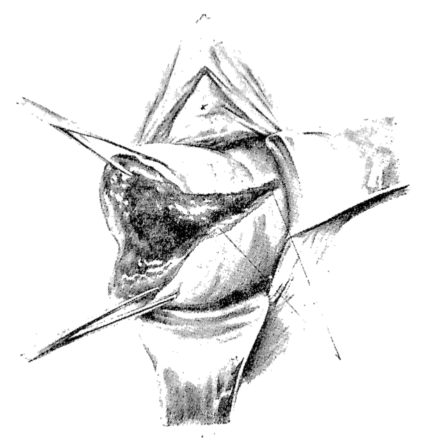
١ — العضلية الاخمية الوسطى Scalenus Anticus
٢ — « « المقدمة
٣ — « « الخلفية

الجفت اذا تم دوران الرأس فى الاوضاع المؤخرية الخلفية .

(٢ **حدوث نزف بعد الولادة** — يكثر حدوث النزف اذا أخرج

الجنين بسرعة زائدة أو اذا لم يوجد طلق وقت التخليص .

أما المضار التى قد تحدث للجنين فهى : —



(شكل ٢٢٣)
تمزق العنق بعد الولادة بسبب وضع الجفت قبل تمدد العنق .

(١) كسر عظم من عظام الجمجمة ، وحدوث أنزفة فى تجويفها ، فينشأ عن ذلك اسفكسيا تنتهى غالباً بوفاة الجنين :

(٢) شلل العصب الوجهى (شلل بلّ) .

(٣) حدوث تجمع دموى بين عظم من عظام القبوة وسمحاقه .

﴿ التحويل ﴾

هو عملية الغرض منها استبدال مجيء بمجيء آخر وهو على نوعين : —

(١) التحويل الرأسي .

(٢) التحويل المقعدي .

(١) **التحويل الرأسي** — ويقصد به تغيير المجيء الذي يكون الجنين آتياً به الى مجيء بالرأس . ويفعل متى توفرت الشروط الآتية : —

(١) اذا لم تُرد سرعة الولادة . (٢) اذا لم يوجد في الحوض ما يمنع انحشار الرأس . (٣) اذا لم يكن الجزء الآتي به الجنين منحشراً .

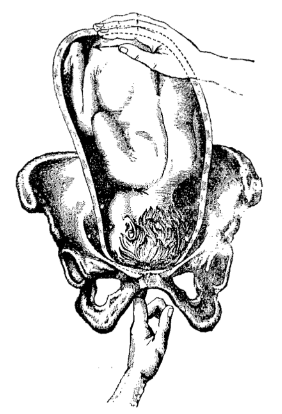
طرق عمله — يمكن عمل التحويل الرأسي باحدى طريقتين : —

(ا) بالحركات الخارجية . (ب) بالحركات الداخلية والخارجية .

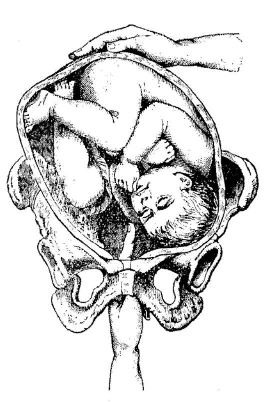
(ا) **التحويل الرأسي الخارجي** — يشترط لنجاحه أن تكون جدر البطن مرتخية وجيب المياه سليماً ، وأن لا يكون الطلق شديداً ومتواتراً . فان لم يتوفر ارتخاء جدر البطن أو كان الطلق متواتراً فالواجب أن تخدَّر المريضة تخديراً تاماً بالكلوروفورم الى أن يرتخي بطنها وعندئذٍ يُفحَص الرحم لتشخيص وضع ومجيء الجنين . ثم يُبْحث عن الرأس ويدفع دفعات متتالية في أقصر اتجاه يوصله الى المضيق العلوي . وفي الوقت نفسه تُدْفَع المقعدة الى الجهة المقابلة . ومتى وصل الرأس الى المضيق العلوي يجب أن توفَّق أقطار جذع الجنين وأقطار الرحم الطولية والاّ عاد الجنين الى وضعه المعيب . ثم يُحاول بعد ذلك حشر الرأس في الحوض ثم الضغط على قاع الرحم حتى ينثني جذع الجنين ويأخذ الوضع الطبيعي . فاذا وجدنا بعد عمل ذلك أن الفوّهة الظاهرة متمددة تمدداً كافياً نمزّق جيب المياه ونحفظ الرأس في وضعه الجديد بوضع محرمتين سميكتين مطويتين بعضهما على بعض واحدة عن يمين الرحم والأخرى

عن يساره ثم يربط البطن برباط متين. ومن المهم ملاحظة عدم عمل التحويل الرأسي قبل بداءة الولادة خوفاً من عودته الى وضعه القديم . ومما يساعد كثيراً على عمل التحويل أن يُعْمل والمريضة فى وضع ترنديلنبرج خصوصاً لو كان الوضع مستعرضاً ولم يبدأ المخاض ، أو لو كانت الوالدة بكرية وكان المجيء بالمقعدة وأريد تحويله الى مجيء بالرأس قبل المخاض .

(ب) **التحويل الرأسي المزدوج** — يفعل التحويل المزدوج إما قبل تمزق جيب المياه أو بعد تمزقه مباشرة . وطريقة عمله هى أن يُدْخل المقدار الكافى من اليد الى داخل المهبل ويدفع الجزء الآتى به الجنين الى أعلى المضيق العلوى فى الجهة المقابلة للجهة التى بها الرأس . فاذا كان الرأس فى الجهة اليمنى للأُم تستعمل اليد اليسرى والعكس بالعكس . أما اليد الأخرى فيضغط بها على الرأس من الخارج مثل ما يفعل فى التحويل الخارجى .



(شكل ٢٢٤)
بداءة التحويل القدمى المزدوج (جلابين)



(شكل ٢٢٥)
تقدم التحويل المزدوج (جلابين)

(٢) **التحويل المقعدى** — هو عملية الغرض منها تحويل المجىء الأصلى الى نوع من أنواع المجىء بالمقعدة وبالأخص المجىء بالقدم .

دلالات عمله — يفعل التحويل المقعدى فى الأحوال الآتية : —

(١) فى الأحوال المعيبة للمجىء بالرأس مثل المجىء بالوجه والحاجب، وفى عدم التزامن الخلفى .

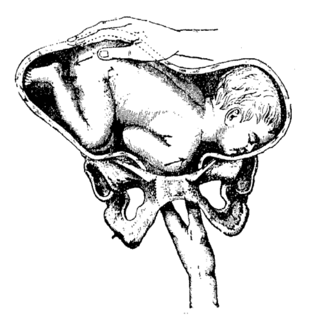
(٢) فى بعض أحوال سقوط الحبل السرى .

(٣) فى أغلب أحوال الاندغام المعيب للمشيمة .

(٤) فى بعض أحوال ضيق الحوض ، وهى الحوض المفرطح اذا لم يكن الضيق كبيراً .

(٥) فى المجىء المستعرض الذى لم يمكن فيه عمل التحويل الرأسى .

(٦) اذا كان العنق متمدداً الى ثلثيه وكان الحوض طبيعياً وظهرت أعراض خطرة للأم أو الجنين استوجبت سرعة الولادة .



(شكل ٢٢٦) تقدم التحويل القدمى المزدوج (جلابين)

طرق عمله — لعمله ثلاث طرق :

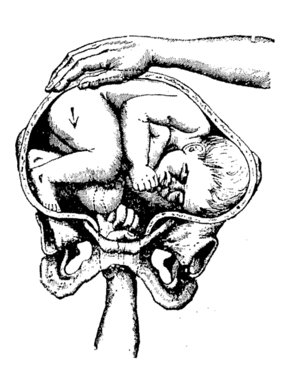
(١) بالحركات الخارجية فقط اذا لم يُرَد انزال قدم ،

(٢) بالحركات الخارجية والباطنية المزدوجة .

(٣) بالحركات الباطنية .

(١) *التحويل القدمى الخارجى* — يشترط لنجاحه ارتخاء جدر البطن وسلامة جيب المياه وعدم انحشار الجزء الآتى به الجنين. ويفعل بنفس الطريقة التى يفعل بها التحويل الرأسى انما تُدْفع المقعدة الى المضيق العلوى ويدفع الرأس الى الجهة المقابلة .

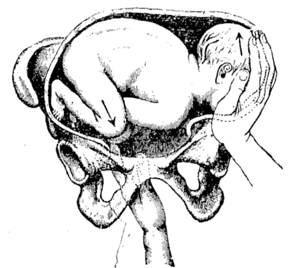
(٢) *التحويل القدمى المزدوج* — ويفعل على الأخص فى الاندغام المعيب للمشيمة . ويشترط لعمله أن تكون جدر البطن مرتخية والأغشية سليمة والجزء الآتى به الجنين غير منحشر والفوهة الظاهرة متمددة الى حدّ أن تقبل دخول أصبعين على الأقل. ويجب فى هذه الاحوال اعطاء الكلوروفورم لانه اذا حزقت المريضة فقد يسقط الحبل السرى . ومتى نامت المريضة تحت الكلوروفورم توضع على حافة السرير بالعرض ثم يشخّص وضع الجنين ويحوّل بالحركات الخارجية الى مجىء



(شكل ٢٢٧)
التحويل القدمى المزدوج . امساك القدم .

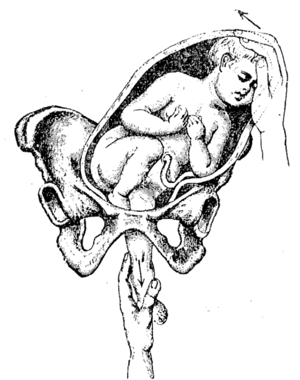
مستعرض . ويجب فى تحويل الجنين ملاحظة أن ظهره يكون مواجهاً للقاع وبطنه مواجهاً للمضيق العلوى . فاذا فعلنا ذلك نجد القدم قريبةً من الفوهة الباطنة . وبعد ذلك ندخل اليد كلها فى المهبل ونمزق الأغشية وباليد الأخرى نضغط المقعدة الى الأسفل حتى تتمكن اليد التى فى المهبل من امساك قدم

واخراجها من المهبل . وهذا العمل سهل جداً اذا كانت الفوهة متمددة تمدداً كافياً . ولكن فى بعض الأحوال قد تكون الفوهة متمددة تمديداً يسمح بقبول أصبعين أو بمرور قدم فقط ، ولكن لا تسمح بمرور أصبعين وقدم



(شكل ٢٢٨) التحويل المزدوج . امساك القدم ودفع الرأس الى القاع (جلابين)

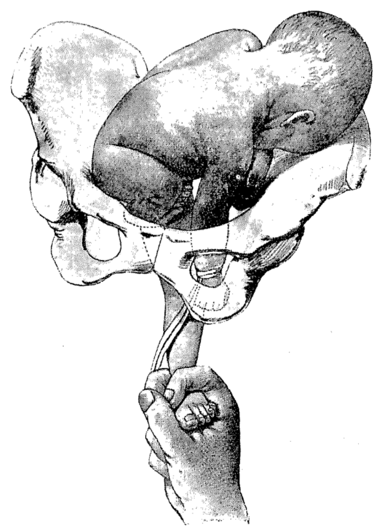
معاً . فى هذه الأحوال يدخل أصبعان الى الرحم ويمسك القدم ويجذب الى



(شكل ٢٢٩) انزال القدم الى المهبل ودفع الرأس للقاع (جلابين)

الأسفل بحيث تكون أصابعه على الفوهة الباطنة . بعد ذلك يُخرَج الأصبعان

من الرحم ويدفع العنق فوق القدم ، وفى الوقت نفسه تُضغط المقعدة الى الأسفل باليد التى على البطن . ومتى نزل نِصْف القدم بهذه الكيفية الى المهبل يُمْسَك ويجذب الى الأسفل . ومن السهل أيضاً امساك القدم بجفت ذى مشبكين يُدخَل مهدياً على اليد التى فى المهبل . وأخيراً ندفع الرأس فى اتجاه القاع باليد التى من الخارج (انظر شكلى ٢٢٨ و ٢٢٩)



(شكل ٢٣٠)
يوضح أن امساك القدم العليا فى المجىء المستعرض يوجه الظهر الى الوراء (فارابيف)

(٣) **التحويل القدمى الباطنى** — ويفعل اذا توفرت الشروط الآتية : —

(١) اذا كانت الفوهة الظاهرة متمددة بحيث تقبل دخول اليد كلها الى الرحم .

(٢) اذا لم يكن الجزء الآتى به الجنين منحشراً لدرجة لا تسمح بدفعه الى الأعلى .

(٣) اذا لم يكن ثمت مانع لعمل التحويل .

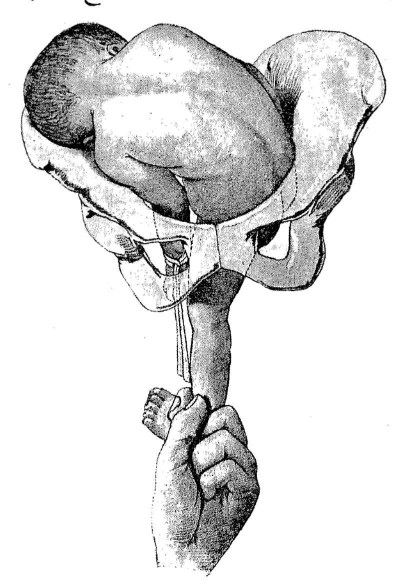
وأغلب الأحوال التى يفعل فيها هذا النوع من التحويل هى أحوال المجىء بالكتف المهمل . وطريقة عمله هى أن تضجع الوالدة على ظهرها . ثم يشخّص وضع الجنين بالضبط ثم تقثطر المثانة وتطهّر الأعضاء التناسلية للوالدة . فاذا كان المجىء مستعرضاً تدخل اليد اليمنى اذا كانت الأطراف السفلى للجنين متجهة نحو الجانب الأيمن للأم والعكس بالعكس . ثم تمسك القدم التى اذا جذبناها يتجه ظهر الجنين الى الأمام . فاذا كان ظهر الجنين الى الوراء تكون القدم التى تمسك هى القدم العليا واذا كان الظهر للأمام تمسك القدم السفلى . وفى تمييز القدم تجب ملاحظة امكان كون القدمين متصالبتين بحيث تكون القدم السفلى فوق العليا .

أما فى المجىء بالرأس فتستعمل اليد اليمنى بغض النظر عن وضع الجنين الاّ اذا كانت الأطراف متجهة الى الأمام ونحو الجهة اليمنى للأُم ففى هذه الأحوال تفضل اليد اليسرى .

ومتى أُدخلت اليد فى الرحم تمسك بها القدم التى تصادفها أولاً اذا كان المجىء بالرأس ، أوالقدم التى بجذبها يتجه ظهر الجنين الى الأمام اذا كان المجىء مستعرضاً ثم تجذب الى الأسفل . فبهذه الكيفية يصير رأس الجنين ومقعدته فى الجزء السفلى للرحم فلا يبقى علينا الاّ أن ندفع الرأس الى قاع الرحم ونجذب القدم الى الأسفل حتى تخرج من المهبل . وهذا العمل يكون فى بعض الأحيان سهلاً جداً وقد يكون فى غاية الصعوبة بحسب درجة انقباض الرحم على الجنين.

وفى الأحوال التى لا يمكننا فيها أن ندفع الرأس الى قاع الرحم نجذب

عن القدم الثانية ونجذب القدمين معاً . فان لم يفد ذلك فى صعود الرأس الى القاع نضع رباطاً أعلى احدى القدمين أو عليهما معاً ونكلّف أحد المساعدين بجذبهما ثم نضغط المقعدة باحدى اليدين بطنياً ونضع اليد الأخرى فى المهبل وندفع بها الرأس خارج الحوض الكاذب . فاذا لم تفلح هذه الطرق يجب تقطيع الجنين اذ تستحيل ولادته وهو فى هذا الوضع .



(شكل ٢٣١) يوضح أن امساك القدم السفلى فى المجىء المستعرض يوجه ظهر الجنين للامام

وفى الأحوال التى تكون فيها احدى الذراعين ساقطة فى المهبل يوضع رباط على هذه الذراع خوفاً من انبساطها أعلى الرأس فى أثناء ولادة الجنين .

وبخلاف ذلك لا يُهتَمُّ بشأنها لأنه متى نزلت القدم ترتفع الذراع من نفسها وتنتهى الولادة كالعادة .

يتضح لنا من الوصف السابق أن التحويل الباطنى هو فى الحقيقة تحويل مزدوج لأننا فى عمله نضع يداً فى المهبل والأخرى على جدر البطن من الخارج ولكنه يختلف عن التحويل المزدوج فى أن اليد تُدخل كلها داخل الرحم فى التحويل الباطنى ، أما فى التحويل المزدوج فيُدْخَل أصبعان فقط .

صعوبات التحويل الباطنى — توجد ثلاث صعوبات في عمل التحويل الباطنى وهى : —

(١) اننا لا نكون شخّصنا الوضع بالتدقيق فى أول العمل .

(٢) أن الفوهة الظاهرة لا تكون متمددة تمدداً كافياً فنضطر لتمديدها صناعياً بممدد فرومر .

(٣) أن اليد تدخل الرحم خارج الأغشية أى بينها وبين جدر الرحم .

موانع عمل التحويل — لا يجوز عمل التحويل القدمى فى الأحوال الآتية : —

(١) اذا كان الطلق شديداً لدرجة جعلت جزءاً كبيراً من الجنين يتخلص ذاتياً ، لأننا نضطر فى أثناء عمل التحويل الى ادخال الجزء الذى تخلص فنجد ذلك مستحيلاً بسبب انقباض الرحم .

(٢) اذا وَضَح أن ولادة الجنين لا تتم الاّ اذا قُطّع حتى بعد عمل التحويل بسبب ضيق الحوض مثلاً .

(٣) اذا كان جيب المياه تمزق من مدة طويلة وارتفعت حلقة الانكماش الى أعلى العانة بستة سنتيمترات .

اخطار التحويل — أهمها (١) **التعفن** — واتقاؤه يقتضى ليس فقط تطهير يدى المولد تطهيراً دقيقاً بل تطهير الفرج والذراع الساقطة والمهبل .

والأفضل بعد تطهير الذراع أن تُلَفّ بفوطة عقيمـة خشية أن تلامسها اليد التي ستدخل الرحم. و (٢) *تمزق الرحم* — ويحدث فى الغالب اذا حاولنا عمل التحويل بعد تصريف السائل الأمنيوسى وعلى الأخص لو كان الرحم منقبضاً انقباضاً تشنجياً. و (٣) أن نبدأ التحويل وبعد انزال قدم لا نستطيع اتمام العملية بسبب تشنج الرحم. ومما يساعد على اتمام العمل فى هذه الظروف أن تُرْبط القدم بشريط من شاش اليوذفورم ويكلف أحد المساعدين بجذبها وفى نفس الوقت يضع المولد احدى يديه فى الرحم لدفع الرأس الى الأعلى وباليد الأخرى يساعد دفع المقعدة الى خارج الحوض بطنياً. و (٤) أنه فى أثنـاء تخليص الجسم تنبسط الذراعان فتعيقان التخليص، أو تظهر صعوبة فى تخليص الرأس فيموت الجنين، وقد سبق الكلام على علاج ذلك.

﴿ موانع ولادة المقعدة ﴾

يطلق هذا الاصطلاح على الأحوال الآتية : —

(١) الحالة التي لا يمكن فيها للمقعدة أن تجتاز المضيق العلوى للحوض.

(٢) الحالة التي تحشر فيها المقعدة فى الحوض بحيث لا تستطيع التقدم.

الأسباب — يحدث ذلك إماً من ضيق الحوض أو من كبر حجم المقعدة، أو من عجز المقعدة ذات الحجم الطبيعى عن عمل حركة الدوران.

التشخيص — يتم عمل التشخيص متى رأينا أن المقعدة لم تحشر أو أنها انحشرت فى الحوض ولم يتقدم الانحشار بالرغم من وجود طلق قوى.

المعالجة — اذا تأخرت المقعدة عن الانحشار ولم يُفِد الضغط على القاع فى جملها تحشر تُخلّص قدمٌ أولاً وتُجْذَب. ولعمل ذلك تضجع الوالدة على

حافة السرير بالعرض وتُدْخل يدٌ بتمامها فى المهبل ويزلق أصبعان منها فى الرحم على الفخذ المقدَّم للطفل . فاذا كانت الركبتان منثنيتين نجد القدم بالقرب من الالية . أما اذا كانتا منبسطتين فتزلق الأصابع حتى تصل الى الركبة ثم يضغط على السطح المقدم للساق عند أسفل الركبة بقليل فتنثنى الساق على الفخذ فيسهل بعد ذلك العثور على القدم . وفائدة تخليص أحد الطرفين السفلين بهذه الكيفية هو انقاص حجم المقعدة ومساعدة تخليصها بجذبه .



(شكل ٢٣٢)
طريقة جذب المقعدة بوضع شريط حول ثنية الاربية (تويدى)

فاذا وجدنا اننا لا نستطيع الوصول الى القدم بسبب انحشار المقعدة نكتفى بجذب الأرْبية . ولعمل ذلك يزلق أصبعان فى ثنية الأربية المقدمة أحدهما فوق الآخر ثم يجذب فى اتجاه محور الحوض ، وفى الوقت نفسه تُساعَد المقعدة على عمل الدوران . ومتى هبطت المقعدة قليلاً يسهل الوصول للأربية الخلفية فيزلق أصبعان فى ثنيتها ثم تُجْذَب هى والثنية المقدمة بالتناوب.

وتمكن مساعدة الأصابع التى فى الأربية على الجذب بأن يُقْبَض رسغ اليد الجاذبة باليد الأخرى .

فاذا لم تنجح الطرق السابقة نجتهد فى تمرير شريط من شاش اليودوفورم حول الأربية المقدمة . ولعمل ذلك يؤتى بقشطرة صمغ مرن نمرة ١٠ أو ١٢ داخلها سلك من الحديد . ثم يُدْخل فى الفتحة الجانبيـة للقشطرة عروة من الحرير العقيم ويُدخل السلك من الثقب الاعتيادى للقشطرة الى أن يصل للعروة الحرير فيمرّ فى وسطها . ثم تُحنَى قمة القشطرة على هيئة ثلث دائرة . ثم تزلق القشطرة الى الأعلى على الجدار المقدم للمهبل حتى يمكن لطرفها أن ينثنى فى داخل أُربية الجنين. ثم تدفع القشطرة الى الأعلى فمن انحناء قمتها تمر ما بين فخذى الجنين . فمتى تمّ ذلك يسهل الوصول الى العروة الحريرية التى فى فتحة القشطرة بادخال أصبعين بين فخذيه. ومتى أمسكنا عروة الحرير نخرج القشطرة ثم نربط شريطاً طويلاً من شاش اليودوفورم فى الخيط الحريرى . ثم نجذب الطرف الخارجى للحرير فيتبعـه شريط الشاش ويحيط بأربية الجنين كما يُرَى في (شكل ٢٣٢) . ثم يُجْذب شريط الشاش فى وقت الطلق فى اتجاه محور الحوض فتتخلص المقعدة . ومن المهم ملاحظة تمرير شريط الشاش فوق الأربية لا فوق الفخذ خوفاً من كسر عظم الفخذ فى أثنـاء الجذب . أما اذا كان الجنين ميتاً فيوضع المفتت على المقعدة ويجذب به .

الفصل السادس والعشرون

﴿ ثقب الجمجمة وتقطيع الجنين ﴾

ثقب الجمجمة

يطلق ثقب الجمجمة على كل العمليات التى تعمل لتصغير حجم رأس الجنين.

الدلالات — لما كانت هذه العمليات تميت الجنين حتماً فهى لا تُعمل على الأجنة الحية الاّ فى الضرورة القصوى. وقد كانت عملية التفتيت شائعة شيوعاً كبيراً الى زمن قريب. والسبب فى ذلك أن المولّد كثيراً ما كان يلجأ الى استعمال الجفت من غير أن تتوفر شروطه وعلى الأخص قبل أن ينحشر أكبر قطر للرأس فى الحوض. ففى بعض الأحوال كان حُسْن الحظ يساعد فى حشر الرأس فتنتهى الولادة بسلام ولكن فى أغلب الأحوال كان الرأس لا ينحشر مع مداومة الجذب بالجفت بشدة فيضطر المولّد الى تفتيت الرأس. ولو أنه انتظر الى أن ينحشر الرأس لنجا الطفل. ولكن المولّدين الآن يقيسون الحوض قبل الولادة ولا يُقْدِمون على وضع الجفت الاّ اذا توفرت شروطه ولهذا قلّت عمليات التفتيت كثيراً. أما الأدلة على وجوب عمل التفتيت فهى:

(١) اذا كان الجنين ميّتاً وكان تخليصه بدون تصغير الرأس خطراً على الأم.

(٢) اذا لم يمكن تخليص الجنين حياً أو اذا كان فى تخليصه حياً خطر على الأم.

(٣) اذا لم يمكن تخليص الجنين الاّ بالعملية القيصرية ورفضت الأم الرضوخ للعملية.

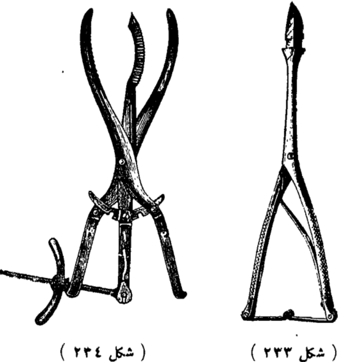
الآلات — يلزم تحضير الآلات الآتية : —

ثاقب سمسون (انظر شكل ٢٣٣) ، مفتت ونتراواوفار ، قثطرة بوزمن كبيرة الحجم .

الشروط — يشترط لعمل هذه العمليات توفر الشروط الآتية وهى :—

(١) لا يكون طول القطر المقدم الخلفى أقل من ٥,٥ سنتيمترات ، اذ أن جذب الرأس مهما صغر حجمه من حوض قطره أقصر من ٥,٥ سنتيمترات يعرّض الأم لأخطار جمة .

(٢) أن تكون الفوهة الظاهرة متمددة تمدداً كافياً .



(شكل ٢٣٣)
ثاقب سمسون

(شكل ٢٣٤)
المفتت والجاذب المزدوج (ونتر)

الطرق — تعمل هذه العملية فى أربعة أزمنة : —

(١) الثقب . (٢) اخراج المخ . (٣) التصغير . (٤) الجذب والتخليص .

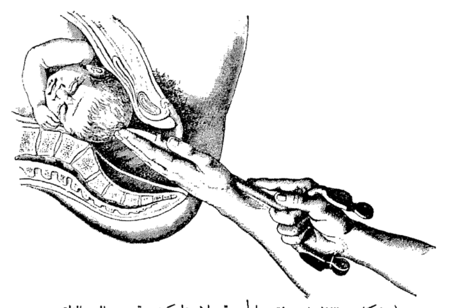
ولعملها تضجع الوالدة على حافة السرير بالعرض بعد تبنيجها . ثم يشخَّص وضع ومجيء الجنين بالدقة وتطهَّر أعضاء التناسل تطهيراً دقيقاً . وتعقَّم جميع الآلات وتلاحظ أدق شروط التعقيم ، وذلك لأن التفتيت يُعمَل عادة بعد استعمال الجفت ومحاولة التوليد بطرق تقتضى مداخلات يدوية تُضعف حيوية الأنسجة وقوة الأم على المقاومة .

(١) **الثقب** — اذا اضطررنا لثقب الرأس بعد الفشل فى تخليصه بالجفت فالأفضل أن نثقب الجمجمة قبل اخراج الجفت . أما فى الأحوال التى لا يكون فيها الرأس منحشراً ولا مُثبَّتاً بالجفت فيجب تكليف أحد المساعدين بالضغط على الرأس بطنياً طول مدة الثقب والتفريغ الى أن يتم وضع المشداخ (المفتت). ولعمل الثقب يُدخَل المقدار اللازم من اليد فى المهبل ويمرّر اصبعان داخل الفوهة الباطنة حتى يلامسا الجزء الآتى به الجنين. ثم يزلق الثاقب وهو مقفل مهدياً على الأصابع ويُغرز فى الجزء الآتى به الجنين سواء فى العظم أو فى أحد التداريز . واذا فُعل ذلك وكان الضغط عمودياً على الجزء الآتى به الجنين فلا خطر من انزلاق الثاقب . واذا راجعنا شكل ٢٣٣ نجد أن النصل القاطع للثاقب ينتهى ببروز هو الحد الذى لا يجوز أن يتجاوزه الطبيب فى ادخال الثاقب . ومتى أدخلنا الثاقب نفتح قفله ونضم القابضتين احداهما نحو الأخرى فتتباعد أسلحته وتقطع الجمجمة قطعاً طولياً . ثم يُسحَب الثاقب الى الأسفل قليلاً ويُدار بمقدار زاوية قائمة ويدفع الى الأعلى ثم تفتح الأسلحة ثانياً فتفعل شقاً عمودياً على الأول .

(٢) **اخراج المخ** — يدفع الثاقب فى الشقوق التى فُعلت حتى يُدخل نصله فى تجويف الجمجمة ثم يحرّك فى كل جهة حتى يتقطَّع المخ ويتهرّأ ، مبتدئين فى التقطيع بالنخاع المستطيل لنتأكد من وفاة الجنين . ويقتضى

ذلك قطع خيمة المخيخ . ثم نخرج الثاقب وندخل قثطرة بوزمان ونغسل بها باطن الجمجمة فتخرج بقايا المخ مع ماء الغسيل .

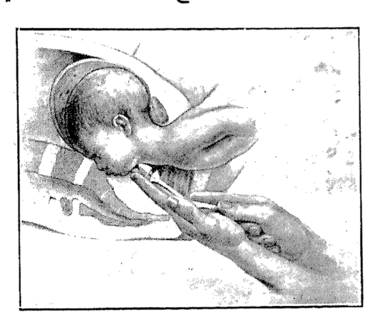
(٣) **التصغير** — متى انتهينا من ذلك نشرع فى تصغير الرأس . وتوجد لذلك آلتان الأولى تسمى مفتت الجمجمة (الكرانيوكلاست) والثانية المشداخ (الكيفالوترايب). فالمفتت آلة تتألف من فرعين مقعرين من جهة ومحدبين



(شكل ٢٣٥) ثقب الجمجمة . لاحظ كيف تهدى اليد الثاقب .

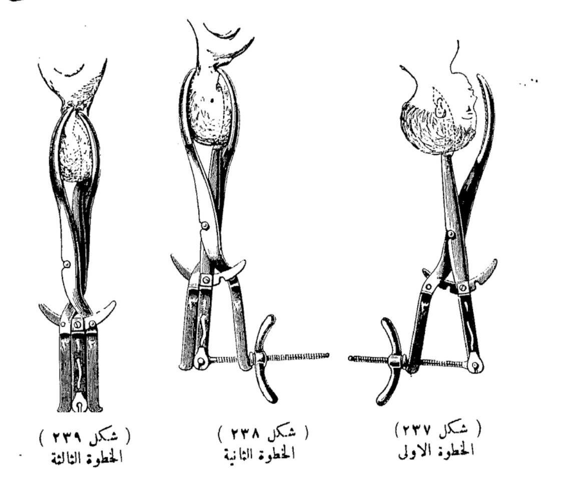
من الأخرى بكيفية تجعل تقعير أحدهما موافقاً لتحديب الثانى . وفى استعمال هذه الآلة يدخل أحد الفرعين داخل الجمجمة والفرع الآخر خارجها ومتى ضما أحدهما الى الآخر يمكن جذب الرأس بهما بدون خوف من انزلاقهما . ولكنهما لا يصغّران حجم الراس التصغير اللازم . أما المشداخ فيتألف من فرعين أيضاً ولكنّ كليهما مقعر من الباطن ويوضعان مثل الجفت تماماً أعنى كلاهما خارج الرأس . ويعتنى اعتناء شديد فى أدخالهما مهديين على الأصابع . والمشداخ أحسن آلة لتفتيت قاع الجمجمة ، ولكنّ به عيباً واحداً وهو انه متى جُذِب سَهُل انزلاقه . ولهذا السبب اخترعوا مفتتاً مزدوجاً مؤلفاً من ثلاثة فروع : فرع مركزى يشبه فى شكله فرع الكرانيوكلاست الذى

يوضع فى باطن الجمجمة فى المفتت وفرعان جانبيان شبيهان بفرعَي المشداخ . ومتى اتّصل أحد الفرعين الجانبيين بالفرع المركزى تكون الآلة شبيهة بالمفتت



(شكل ٢٣٦)
ثقب الجمجمة عند عدم تخليص الرأس فى المجىء بالمقعدة (طريقة غير مستحسنة)

(انظر شكل ٢٣٧) ومتى رُكِّب عليها الفرع الجانبي الثانى تصير كالمشداخ .



(شكل ٢٣٧) الخطوة الاولى

(شكل ٢٣٨) الخطوة الثانية

(شكل ٢٣٩) الخطوة الثالثة

ولهذه الآلة برغى لضم كل من الفرعين الجانبيين نحو الفرع المركزى . وكيفية العمل بهذه الآلة هى أن يدخل الفرع المركزى فى وسط الجمجمة ثم يدخل أحد الفرعين الجانبيين بحيث يكون موضوعاً فوق وجه الجنين ملاحظين أن تقعير الفرع الخارجى يكون موافقاً لتحديب الفرع المركزى . ومتى انتهينا من ذلك نكون قد وضعنا على الرأس آلة شبيهة بالكرانيوكلاست وهى تكفى لضغط الرأس فى جميع أقطاره ما عدا الأقطار العمودية وتخليصه من الحوض اذ لم يكن الضيق كبيراً . أما اذا كان الضيق كبيراً فيجب تركيب الفرع الثالث . ولتركيبه ندير البرغى أولاً حتى ينضم الفرعان الأولان بعضهما على بعض بحيث يثبّت الفرع الخارجى فى ثقب معدّ له فى الفرع المركزى . ثم يركّب الفرع الثالث ويدار البرغى الى أن ينضم للأولين . ثم يثبّت أيضاً فى ثقبه المخصوص الذى فى الفرع المركزى (انظر شكلى ٢٣٨ و ٢٣٩) ويجب فى تركيب الفروع الخارجية أن يلاحظ وضعها أسفل قاع الجمجمة بقدر ما يمكن . وفائدة المفتت المزدوج أن يُستعمَل لتصغير الرأس وجذبه بدون خوف من الانزلاق .

أما فى أحوال المجىء بالوجه فيدفع الثاقب فى احدى الحفرتين الحجاجيتين فان لم يمكن ففى سقف الحلق .

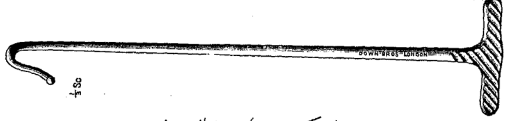
أما فى أحوال المجىء بالمقعدة فاذا اقتضى الأمر تفتيت الرأس فان العمل يكون أصعب قليلاً . فى هذه الأحوال يمكن انتخاب احدى نقطتين لادخال الثاقب : إما أحد اليافوخين الجانبيين وإما العظم المؤخرى . فاذا انتخب أحد اليافوخين يُجذب الجنين الى الأمام والى أحد الجانبين . أما اذا انتخب العظم المؤخرى فيجذب جسم الجنين بقوة الى الأسفل ويُدْخَل أصبعان من اليد اليسرى بين العانة ومؤخر الجنين ثم يدخل الثاقب فى أعلى نقطة يمكن وضع الأصابع فوقها .

الجذب والتخليص — فى جذب الرأس يلزم أن يدار بحيث يفعل الحركات العادية التى يفعلها فى ميكانيكية الولادة .

❋ تقطيع الجنين ❋

يطلق تقطيع الجنين على العمليات التى تفعل لتصغير حجم وشكل جسم الجنين . وأهم هذه العمليات بتر العنق ، واستخراج أحشاء الجنين ، وكسر الترقوة .

بتر العنق — يقصد ببتر العنق فصل الرأس عن الجسم .



(شكل ٢٤٠) مشبك برون

الدلالات — يفعل فى أحوال المجىء بالكتف المهمل اذا لم يمكن عمل التحويل أو اذا لم يرد عمله ، وكان من السهل الوصول لعنق الجنين . ويُفعَل أيضاً فى أحوال اشتباك رأسى الجنينين فى الحمل التوءمى .

الآلات — فى المجىء بالكتف المهمل يستعمل كلاّب برون الكال أو قاطع الرأس الحاد وهو أفضل الاثنين (انظر ٢٤١ شكل)

طريقة العمل — تضّجع الوالدة على حرف السرير بالعرض . وبعد تطهير أعضاء التناسل يشخَّص الوضع لمعرفة مكان الرأس والظهر . فان وُجِدَت الذراع ساقطة تُجْذب بشدة الى الأسفل والوراء حتى يسهل الوصول الى العنق . ثم يُدْخَل

(شكل ٢٤١)
قاطع الرأس
المشرشر

قاطع العنق الحاد (وهو الذى نفضّله) أو القاطع المشرشر أو مشبك برون الكالّ مهدياً ومغطى بأصابع احدى اليدين . فان كان ظهر الجنين الى الأمام يوضع

$\frac{1}{3}$ 5o

DOWN BROS LONDON

(شكل ٢٤٢) مشبك كال

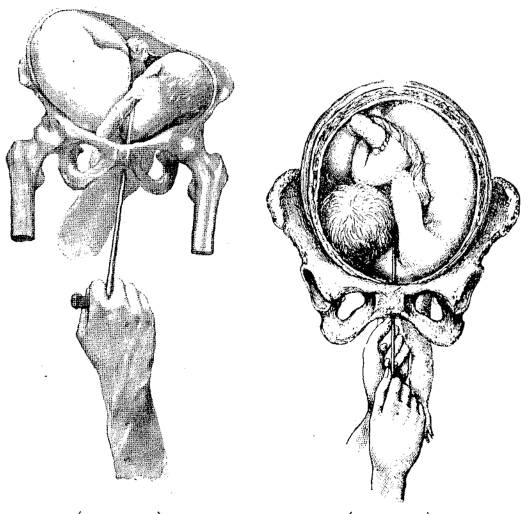
القاطع بين كتف الجنين والجدار المقدم لحوض الأم ثم يُزلق حتى يصير فوق عنق الجنين تماماً . وبعد ذلك يُدار بمقدار زاوية قائمة فيصير نصله محيطاً بعنق الجنين . فمتى تمّ ذلك تُنقَل أصابع اليد وراء عنق الجنين لتهدي القاطع فى أثناء قطع العنق اتقاء لتمزيق الانسجة الرخوة للأم . ثم يُبتَر العنق بحركة منشارية . ومتى بُتِر العنق يُخلَّص الجذع بجذب ذراع أو ذراعين . ثمّ بعد ذلك يولّد الرأس بادخال اصبعين فى الفم ثم الجذب الى أسفل أو بوضع الجفت أو الثاقب على حسب درجة ضيق الحوض . وفى عمل ذلك يكلّف أحد المساعدين بدفع الرأس بطنياً بقوّة حتى يتثبّت فى الحوض .

أما اذا انتُخِبَ مشبك برون فتجب ملاحظة قطع الانسجة الرخوة لعنق الجنين بمقص قوى لأن المشبك يكسر عظام العنق ويفصلها بعضها عن بعض فقط .

استخراج أحشاء الجنين — يقصد بهذه العملية فتح صدر الجنين أو بطنه واستخراج الأحشاء التى به .

الدلالات — يفعل اذا كان كبر حجم الجنين سبباً فى عسر الولادة أو اذا كان المجىء بالكتف ولم يمكن الوصول للرأس لبتره .

الآلات — ثاقب سمسون لعمل الشق اللازم أو مقص ذو نهاية حادة .



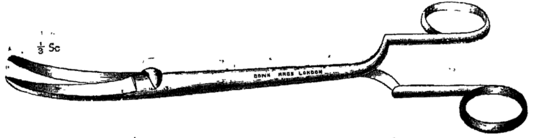
(شكل ٢٤٣)
بتر العنق فى المجىء بالكتف (جلابين)

(شكل ٢٤٤)
بتر العنق . لاحظ تطويق الآلة بالاصابع

الطريقة — تضجع الوالدة على حافة السرير بالعرض . ثم يُدخل الثاقب فى جهة من الصدر أو البطن يسهل الوصول اليها ، ويفعل شق يكفى لادخال اليد ثم يمسك أحد الأحشاء ويفصل ثم يمسك الثانى والثالث ويفصلان وهكذا . ومتى انتهينا من فصل الأحشاء نكسر العمود الفقرى بكلاّب برون الكالّ ثم يخلّص الجنين بطريقة أشبه بالتى تحدث فى التخلص الذاتى .

كسر الترقوة — يفعل كسر الترقوة اذا كان حجم الكتفين هو السبب

فى عسر الولادة ولم يمكن تخليصهما بالجذب أو بتخليص الذراعين. أما الآلات اللازمة للعمل فهى مقص قوى ذو نهاية كالّة. وطريقة العمل هى أن تُدْخل



(شكل ٢٤٥) مقص لتقطيع الجنين ولقص الترقوة

أصابع اليد اليسرى فى المهبل ويُعيَّن بهـا محل الترقوة ثم يُهدَى المقص اليها ويدفع باليد الأخرى الى الأعلى ويُقَصّ به الجزء الذى يسهل الوصول اليه من الثلث المتوسط للترقوة. فان لم يكف كسر ترقوة واحدة تكسر الترقوة الثانية.

الفصل السابع والعشرون

✱ العملية القيصرية ✱

تطلق اصطلاحاً على العملية التى يُفتح فيها البطن ويُشقّ الرحم، ثم يُخْرَج الجنين ويخاط الرحم.

تاريخها — يظهر أن العملية القيصرية كطريقة لتخليص الجنين بشق البطن كانت معروفة من قديم الزمان. ويقال أن أسكولاب وسيبيو افريكانس ويوليوس قيصر ولدوا بهذه الطريقة. ولكن ليس فى التاريخ نص وثيق على هذا القول. ولا يتبادرن الى الذهن ان هذه العملية لُقّبت بالقيصرية نسبة الى قيصر لِما يقال من أنه وُلد بها، وانما هى سميت كذلك تعريباً للفظة اللاتينية (Partus Cesareus) المشتقة من (Cedere) أى قطع ومعناها الولادة بالشق ويغلب أن يوليوس قيصر لم يولد بهذه الكيفية اذ أن هذه العملية لم

تكن لتعمل فى ذلك الحين الا للواتى يمتن فى غضون المخاض. وأم قيصر كانت حيّة بدليل خطاباته التى كان يكتبها لها من ساحات القتال .

والراجح ان أطباء قدماء المصريين كانوا أسبق أطباء الأمم الى اجراء هذه العملية فى النساء اللواتى يمتن فى غضون المخاض . وأما اجراؤها فى من تبقى حيّة منهنّ فحديث العهد .

ومن المؤكد أن كثيراً من القبائل الهمجية كانت ولا تزال تجريها . فقد شاهد فلكن فى أثناء سياحته فى أوغندا عملية قيصرية فى وطنية من سكان تلك البلاد . وروى أن هناك اختصاصيين يعملون هذه العملية وانهم يغسلون أيديهم ومكان العملية بنبيذ الموز ويخدرون المتمخضات بسقيهنّ من هذا النبيذ . ويشقون على الأثر البطن ثم الرحم ويستخرجون الجنين . ثم يمددون عنق الرحم من البطن ويدلكون الرحم ويقفلون البطن بدبابيس وغرز شبيهة برقم ٨ الافرنجية (8) . ويعالجون الجرح بعجينة محضرة من أعشاب مدهوكة . وفى العملية التى شاهدها ذلك السائح لم ترتفع درجة الحرارة عن ٣ ر ٣٨ . وقد شفى الجرح فى مدة أحد عشر يوماً . ويغلب أن تصاب المريضة بعفونة أو نزف يقضى عليها . ولا يمكن أن يكون هؤلاء المتوحشون قد توصلوا الى هذه الطريقة السديدة الاّ بعد أن مارسوها وزاولوها أجيالاً طويلة .

أما العملية الأولى فى تاريخ الولادة الحديث فقد أجراها تروتمن من وتنبرج سنة ١٦١٠ وعاشت المريضة أسبوعين بعد العملية .

وفى سنة ١٥٠٠ أجرى نوفر (وهو سويسرى كان يشتغل فى خصى الخنازير) هذه العملية فى زوجته بعد أن أعيا توليدها جميع قابلات القرية وحلاقيها .

وقد صادفت العملية القيصرية فى أدوار نشأتها مقاومات شديدة لكثرة الوفيات التى نجمت عنها . وذكر ترنيه أنه لم تنجح فى باريس عملية قيصرية حتى الى عهده . وروى اسبيث انه حتى سنة ١٨٧٧ لم تنجح عملية واحدة فى فينا . وقد أحصى هرس فى الولايات المتحدة الاميركية ثمانين حالة كان معدل وفياتها ٥٢ فى المائة . وكان سبب الوفيات ترك جرح الرحم مفتوحاً فكانت المريضات يمتنَ من النزف والالتهاب البريتونى .

وفى سنة ١٨٧٧ أدخل بورو تحسيناً كبيراً على العملية وهو استئصال الرحم ، ولكن نتائج هذا التحسين لم تكن مُرضية . وكان سبب الامتناع من خياطة جرح الرحم هو الاعتقاد الذى كان شائعاً وقتئذٍ ان الانقباضات الرحمية المتواترة تحول دون التآم الجرح . وفى بعض الأحوال كان الشفاء يتم بالتصاق جرح الرحم بجدر البطن بالتصاقات التهابية .

وذكر سنجر أنه لم يرَ ولم يسمع عن حالة من هذا القبيل انتهت بالتآم الجرح واندماله فى كل طوله وعمقه تماماً ، بل كانت النتيجة فى جميع الأحوال خدوث نُدَب التآم ضخمة متصلبة فى بعض أجزاء الجرح يتخللها فتوق فى بعض نقط ضعيفة جداً لم يلتئم فيها سوى الجلد ، ناهيك عن نشوء نواسير متعددة بين الرحم وجدر البطن . على ان الفضل فى كل ما تمَّ من النجاح فى هذه العملية يعود الى سنجر . فقد حوّل هذه العملية البربرية الشديدة الخطر الى عملية جراحية فنية قليلة الخطر . وفى سنة ١٨٨٢ نشر طريقته التى تنحصر فى شق البطن عند الخط المتوسط ، ثم شق الرحم بعد وضع رباط من المطاط حول جزئه الأسفل لايقاف النزف ، ثم رفع شطرة من عضلات الرحم تحت البريتون بعد استخراج الطفل ، ثم خياطة طبقتى الرحم البريتونية والعضلية بسلك فضى ثم خياطة البريتون الرحمى وحده بغرز من الحرير .

زد على ذلك شدة الاعتناء بالتعقيم . ومن ذلك العهد أخذت الوفيات من جراء هذه العملية تقلّ وتندر حتى أصبحت العملية الآن من العمليات التى لا تزيد وفياتها عن عمليات البطن الأخرى .

الدلالات — تنقسم الى دلالات الزامية ودلالات تفضيلية. فالدلالات الالزامية هى التى يستحيل فيها تخليص الجنين بدون أن تعمل العملية القيصرية وهى : —

(١) ضيق الحوض الذى يكون فيه القطر المقدم الخلفى أقصر من ٥,٥ سنتيمترات .

(٢) انسداد تجويف الحوض بأورام لا يمكن استئصالها .

(٣) انسداد المسالك التناسلية بنُدبة التحام لا يمكن تمديدها .

أما الدلالات التفضيلية فهى التى يمكن فيها تخليص الجنين بقطع العانة أو التفتيت أو تحريض الولادة المعجلة . ففى هذه الأحوال قد يستحسن أو لا يستحسن عمل العملية القيصرية بحسب سن الحمل وحالة الجنين ورغبة الأم . وهذه الدلالات هى : —

(١) ضيق الحوض الذى يكون فيه طول القطر المقدم الخلفى من ٧ الى ٨ سنتيمترات اذا كان الجنين حياً ولم يمكن تحريض الولادة أو عمل التحويل أو قطع العانة .

(٢) اذا كان الحوض مشغولاً بأورام صغيرة ولم يمكن تخليص الجنين حياً .

وقد تُجْرَى العملية القيصرية فى أحوال أخرى مثل حدوث حمل فى رحم مثبَّت فى جُدُر البطن اذا نشأ عنه نمو الجدار الخلفى للرحم . ففى هذه الحالة يندفع العنق الى الأعلى وراء رأس الجنين ويصعب الوصول اليه . ويتكوَّن

من الجدار المقدم للرحم قعر كيس يكون مشغولاً برأس الجنين (انظر شكل ١٣٩) .

وقد تعمل العملية القيصرية أيضاً فى الأحوال التى يحدث فيها الحمل فى رحم منثن وملتصق الى الوراء اذا نما الجدار المقدم ليسع الجنين وتكوّن من الجدار الخلفى قعر كيس يشغله رأس الجنين . فى هذه الحالة يكون العنق منجذباً الى الأمام والأعلى بحيث يصعب الوصول اليه .

وقد شملت دلالات العملية القيصرية حديثاً أحوالاً أخرى مثل الأكلمسيا ، وسقوط الحبل السرى اذا حدث قبل امّحاء العنق عند بكريات الولادة ، والاندغام المعيب للمشيمة فى الأحوال التى يكون فيها الاندغام مركزياً وبالأخص لوكانت الوالدة بكرية الولادة. أما أحوال الأكلمسيا التى يشار بعملها فيها فهى الأحوال التى تحدث فيها الأكلمسيا فى ميعاد الولادة الطبيعى أو قبله بقليل ولا تتحسن الأعراض بل تزيد بالرغم من العلاج اذا استُمرَّ فيه مدة ست ساعات . هذا اذا وثقنا من طهر الرحم ومن عدم محاولة التوليد بطرق أخرى مثل توسيع العنق أو وضع الجفت . أما اذا حدثت الأكلمسيا قبل الأسبوع الثالث والثلاثين فالأفضل أن يخلص الجنين **بالعملية القيصرية المهبلية . وهذه** طريقتها : بعد وضع منظار خلفى يجذب العنق الى الأسفل بجفتين من ذوات المشابك ثم يعمل شق سطحى يُبدأ فى منتصف الفوهة الظاهرة للعنق ويوسع حتى يمتد الى الجدار المقدم للمهبل أسفل الصماخ البولى بخمسة سنتيمترات. ويحاذر فى عمله من اصابة المثانة . وبعد ذلك تُفْصَل المثانة من المهبل والرحم وتُدفع الى الأعلى بغاية الاحتراس حتى نصل الى الانعطاف البريتونى فندفعه الى الأعلى ولا نَشُقّه . وبعد ذلك يُشَقّ العنق فى الخط المتوسط الى حذاء الفوهة الباطنة ملاحظين جذب حافتى العنق الى الأسفل كلما اتسع الشق

حتى تسهل مراقبة النقط التى تُدْمي . ثم يُمد الشق فى أعلى الفوهة الباطنة بقليل. وبعد ذلك تشق الشفة الخلفية الى حذاء الفوهة الباطنة بنفس الطريقة التى عملت فى شق الشفة المقدمة . ثم يمزّق جيب المياه ويحوّل الجنين وتُتمّم الولادة بجذب القدم . وبعد خروج المشيمة تخاط الجروح بغرز عميقة فى العنق، وغرز سطحية فى الغشاء المهبلى .

وهذه العملية صعبة العمل فى البكريات بسبب ضيق المهبل وصلابة العجان . ويحسن أن لا يعملها الاّ المتعودون على الجراحة الكبرى .

تحضير المريضة — فى الأحوال التى تعمل فيها العملية القيصرية فى حالة مستعجلة يكتفى بأن يعمل للمريضة حقنة شرجية ويدهن البطن بصبغة اليود ٢ ٪ من أسفل الثديين الى العانة، وكذلك الجزء العلوى للفخذين.

التخدير — أن النتائج الحسنة جداً التى حصلنا عليها بعمل هذه العملية تحت تأثير الستوفايين تجعلنا نفضله على الكلوروفورم بكثير . والعادة أن تعمل حقنة التخدير فى المسافة الثانية القطنية . وأفضلية الستوفايين محصورة فى الارتخاء التام لجدر البطن وفى بقاء المريضة على درجة واحدة من التخدير طول مدة العملية وفى عدم حصول قىء ولا أعراض صدمة ولا مضاعفات رئوية فى مدة النقاهة .

المساعدون — يلزم ثلاثة مساعدين : واحد لمساعدة الجراح ، وواحد للاعتناء بالطفل ، والثالث لملاحظة الآلات . واذا عملت العملية تحت الكلوروفورم يضطر الى مساعد رابع .

وقت العملية - أفضل وقت لاجراء هذه العملية هو آخر الشهر التاسع أى قبيل المخاض . وانما يفضل هذا الوقت للتمكن من اجرائها فى أحسن الظروف الممكنة من التعقيم ، واعداد المتمخضة ، وتهيئة غرفة العمليات

وتفادى الاضطرار لاجرائها ليلاً بسرعة اذا جاءت مداهمة فى أحوال غير مناسبة ومع مساعدين غير اكفاء بعد أن يكون قد انفجر جيب المياه . وربما سقط الحبل السرى أو أحد أطراف الجنين فى المهبل قبل الشروع فى العملية . ويستثنى من ذلك الأحوال التى يشك فيها فى سن الحمل فالأفضل الانتظار الى أن يبدأ المخاض خوفاً من عمل العملية قبل بلوغ الجنين تمام المدة.

أما ما يقال عن حدوث النزف بأشد مما يحدث فيما لو عملت العملية حين المخاض فغير حقيقى . والعادة بعد شق البطن أن تُحقَن الحامل على الاثر تحت الجلد بالارجوتين والبيتيوترين لضمانة انقباض الرحم جيداً وتلافى النزف قبل حدوثه .

أما طريقة العمل فهى أن يفتح البطن فى الخط المتوسط بشق طوله ١٥ سنتيمتراً ثلثه أعلى السرة والباقى أسفلها . ثم يفعل شق طوله ١٠ سنتيمترات فى الخط المتوسط للرحم بينما يكون أحد المساعدين ضاغطاً جانبى البطن . فاذا وجدنا المشيمة تحت الشق الرحمى نقطعها . ثم يخلص الجنين بسرعة بجذب القدمين أو الرأس . ويقطع الحبل السرى بعد وضع جفت على الطرف الجنينى . ثم يخرج الرحم خارج البطن ويؤمر أحد المساعدين بامساك القسم السفلى للرحم والرباطين العريضين والضغط عليهما لايقاف النزف . وتضم حافتا الجزء العلوى للجرح البطنى بجفت ذى مشبكين لمنع الرحم من الانزلاق داخل البطن، ولمنع الامعاء من الظهور فى الجرح البطنى . ثم تُفْصَل المشيمة والأغشية والكتل الدموية من باطن الرحم . فاذا وجدنا العنق غير متمدد نمدده بدفع اصبع فيه ومتى فعلنا ذلك ننزع القفاز ونلبس قفازاً جديداً . ثم تخاط حوافى الجرح الرحمى بغرز عميقة من الحرير رقم ٣ تمرّ فى كل سمك الرحم ما عدا الطبقة المخاطية ، وتجعل المسافة التى بين الغرز سنتيمتراً ونصفاً

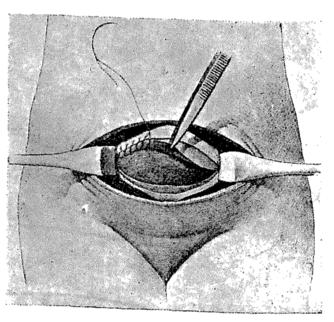
ثم تُعمَل غرز سطحية بالكاتجوت تضم حوافى البريتون بعضها ببعض مارّة بالجزء السطحى من الطبقة العضلية للرحم على شكل غرز لمبرت . ثم ينظف التجويف البريتونى ويُدْخَل الرحم الى البطن وتُخاط جُدُر البطن كالعادة . أما المعالجة بعد العملية فشبيهة بعمليات فتح البطن العادية . وترفع مشابك ميشيل فى اليوم العاشر وتترك المريضة الفراش بعد ثلاثة أسابيع .

الانذار — فى ثلاثين حالة متتالية أجريت فيها العملية قبل انفجار جيب المياه لم تَمُت مريضة واحدة قط ، وفى خمس عشرة حالة أجريت بعد انفجار الجيب وتطرق العفونة الى باطن الرحم ماتت مريضتان : واحدة بالسكتة الرئوية بعد العملية بخمسةٍ وعشرين يوماً ، والثانية بالالتهاب البريتونى . ويراعى فى اجراء العملية فى هذه الظروف الاحتراس التام من تلويث البريتون وجدر البطن بالسائل الأمنيوسى أو الأغشية أو المشيمة . والأفضل ألاّ يشق الرحم الاّ بعد اخراجه من البطن واحاطته بالفوط (المحارم) العقيمة . ويشير (Kerr & Edge) فى هذه الظروف بخياطة الرحم بعد استخراج الجنين وقطع الحبل السُرى . أما المشيمة والأغشية فتُتْرك لتنزل من المهبل كالعادة . وبذلك يتَّقون عدوى الجرح الرحمى والبطنى من ملامسة الاغشية المتعفنة . والنتائج التى حصلوا عليها تُظْهِر أن من عشر مريضات أجريت عليهنَّ العملية بهذه الكيفية ماتت اثنتان .

﴿ العملية القيصرية خارج البريتون ﴾

فى الأحوال التى تطول فيها مدة الولادة وترتفع حلقة الانكماش الى قرب السُرة يكون الجزء السفلى للرحم كبيراً بحيث يسهل أن يعمل فيه شق كافٍ لاخراج الجنين . ويلجأون فى الغالب لهذه الطريقة اذا شُكّ أن الرحم عفن واستحالت ولادة الطفل من المسالك الطبيعية .

الطريقة — (عملية سلهايم) يُعمل شق مستعرض ومنحنٍ قليلاً فى القسم السفلي للبطن أعلا عظمي العانة ورباطى پوپارت بسنتيمترين وعلى حذائها (شق فاننستيل) ويكون طوله ٢٠ سنتيمتراً. ويعم الشق الجلد والشحم وصفاق العضلتين المستقيمتين البطنيين. ثم يُفصل بطنا العضلتين بالأصابع، ويبعدان أحدهما عن الآخر ابعاداً شديداً. ثم يفصل البريتون البطنى من المثانة الى أقصى ما يمكن. ويُعمَل فيه شق مستعرض فينفتح بذلك تجويف البريتون. وبعد ذلك يشق البريتون المغلف للسطح المقدم للرحم شقاً مستعرضاً فى الجهة التى ينعطف منها البريتون على المثانة. ثم تُفصل الحافة العليا للبريتون الرحمى حتى تتكوّن شريحة ثم تخاط بغرز منفصلة بعضها عن بعض الى حافة البريتون البطنى التى شُقّت. ويعتنى بالخياطة حتى



(شكل ٢٤٦) العملية القيصرية خارج البريتون

يُقفل التجويف البريتونى تماماً وبالأخص من الجانبين (شكل ٢٤٦). فنجد بعد ذلك أنه لا يبقى ظاهراً فى الجرح الاّ المثانة والجزء من البريتون المتصل بسطحها الخلفى الذى انفصل عن بقية البريتون، وكذلك الجدار

المقدم للجزء السفلي للرحم . ثم يُعمل شق طولى فى الجزء السفلي للرحم ويخرج منه الجنين والمشيمة . ثم يخاط الجرح الرحمى بالكاتجوت وتُعاد خياطة حوافى البريتون بعضها ببعض وكذلك البريتون البطنى ويُقفل البطن كالعادة . وفى الأحوال العفنة تخاط حوافى الجرح الرحمى للجرح البطنى، وبذلك يترك التجويف الرحمى مفتوحاً على البطن لسهولة التصريف الى أن يزول التعفن فيقفل ثانياً. ومزايا هذه العملية هى أن مقدار الدم الذى تفقده المريضة صغير جداً وخطر التعفن أقلّ وندبة التحام الجرح الرحمى لا يخشى من تمزقها فى الولادات التالية وانها يمكن أن تُعمل بلا خطر اذا طالت مدة الولادة وانفجر جيب المياه .

وقد عدّل هذه العملية لازاكو (Latzako) وذلك بأنه بعد شق الصفاق وتبعيد العضلتين المستقيمتين البطنيين يملأ المثانة بالماء حتى تمدد ويجذبها الى الجانب الأيمن ثم تفصل الأربطة الجانبية للمثانة من الجهة اليسرى الى أن تتعرى الجهة الجانبية من الجزء السفلي للرحم ثم تُفصل المثانة بعد ذلك من الجدار المقدم للعنق ويدفع البريتون المثانى الرحمى الى أقصى ما يمكن ثم يشق القسم السفلى للرحم شقاً عمودياً ويخرج الجنين .

والميزة الوحيدة لهذه العملية هى أن البريتون لا يُفتح فى أى مرحلة من مراحل العملية .

﴿ بتر الرحم ﴾

اذا كان شكل الرحم معيباً أو كان مصاباً بأمراض غير قابلة للشفاء كالسرطان والأورام الليفية التى لا يمكن قلعها ، أو اذا تطرق اليه التعفن الشديد فى أثناء المخاض ، وفى بعض أحوال النزف العارضى الباطنى الشديد يستخرج الجنين بالعملية القيصرية ويستأصل الرحم أيضاً استئصالاً تاماً أو جزئياً . وتسمى هذه العملية بعملية پورو .

﴿ قطع الارتفاق العانى ﴾

هى عملية يُقْطَع فيها الارتفاق العانى فتنفصل بذلك العظام بعضها عن بعض وتطول كل أقطار الحوض.

الدلالات — تفعل فى أحوال ضيق الحوض اذا كان طول القطر المقدم الخلفى من ٧ — ٨ سنتيمترات ولم يُرد تحريض الولادة المعجلة . ومتى قُطِعَت الأربطة تنفصل العظام بعضها عن بعض بستة سنتيمترات ونصف فيطول بذلك القطر المقدم الخلفى بمقدار سنتيمتر ونصف . فاذا تخلص الرأس وقطره الجدارى الجدارى شاغل للقطر المقدم الخلفى تبرز الحدبة الجدارية من المسافة التى بين العظمين فيُكْتَسب سنتيمتر ونصف أيضاً فى طول القطر المقدم الخلفى . فاذا جمعنا الزيادتين يكون المجموع ٣ سنتيمترات ولذلك فلا يجوز اجراء هذه العملية اذا كان طول القطر المقدم الخلفى أقلّ من سبعة سنتيمترات .

أفضل وقت للعملية — خير وقت لعمل هـذه العملية هو عند تمدد العنق تمدداً يسمح بولادة الجنين بسرعة . ويجب قبل العمل التحقيق من أن الجنين حىّ

العملية — يلزم لهذه العملية ثلاثة مساعدين : واحد لمساعدة الجرّاح وواحد لاعطاء الكلوروفورم وواحد للضغط على عظمي العانة لاتقاء انفصالهما فجاءة وقت قطع الأربطة . وطريقة العمل كالآتى :

(١) يفعل شق عمودى فى الجلد والأنسجة المجاورة طوله ٣ سنتيمترات يبدأ فوق العانة بسنتيمتر ونصف وينتهى فى البظر . ويعمَّق الجرح الى أن يُحَس بأن المشرط يحُكّ العظم .

(٢) يفعل شق فى صفاق العضلتين المستقيمتين يكفى لادخال الأصبع خلف العانة .

(٣) تفصل المثانة والأنسجة التى حولها على مسافة ٥ سنتيمترات من كل جهة اتقاء لتمزق قناة مجرى البول فى أثناء انفصال العظام .

(٤) تقطع أربطة العانة من الخلف الى الأمام ومن أعلى الى أسفل، ما عـدا الرباط العانى السفلى لأنه يكون كجبيرة ويساعد على التئام المفصل ولكن فى بعض الأحوال نضطر الى قطعه اذا كان الضيق كبيراً .

ويكون المساعدان فى هذا الوقت متخذين مزيد الاحتراس لمنع عظمى العانة من الانفصال فجاءة .

(٥) يُخلَّص الجنين بالجفت أو بالتحويل أو تترك الولادة تنتهى طبيعياً . ويجب أن نتذكر وضع ولخر الذى يطيل القطر المقدم الخلفى سنتيمتراً

(٦) توضع قطعة من شاش اليودوفورم خلف عظمى العانة لمنع الأجزاء الرخوة من الانضغاط بينهما ويخرج طرف الشاش من أوطأ جزء فى الجرح .

(٧) تُلْأَم حافتا الجرح بغرز عميقة من امعاء دود القز تمر للعظم وتحتوى على السمحاق . وفى أثناء ربطها يضم المساعدان العظمين العانيين أحدهما الى الآخر .

(٨) يُخرج الشاش اليودوفورمى بجذبه من الطرف الموجود فى أسفل الجرح . ثم تفعل غرز سطحية ان اقتضى الأمر ذلك .

(٩) يغير على الجرح كالعـادة ويوضع رباط بطنى متين جداً حول الحوض لجعل العظمين منضمين أحدهما الى الآخر .

أما المعالجة بعد العملية فتنحصر فى اضجاع المريضة على ظهرها على فراش

صلب مدة ثلاثة أسابيع . وتمرر القشطرة بانتظام ويغيَّر الرباط كلما اتسخ. وبعد مضى أربعة أسابيع تترك المريضة الفراش ولكن تؤمر بأن تحزم بحزام حوضى مدة سنة على الأقل .

أخطار العملية — أخطار هذه العملية هى : —

(١) تمزق المثانة وقناة مجرى البول .

(٢) حدوث نزف من وصول التمزقات للبظر .

(٣) تمزق الارتفاق العجزى الحرقفى .

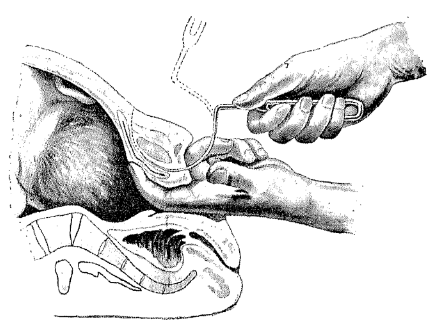
(٤) عدم التئام العظمين العانيين .

﴿ قطع عظم العانة ﴾

الأدلة على وجوب عمل هذه العملية هى نفس أدلّة العملية السابقة . ولكنها تفضل عليها فى انها أسهل عملاً وفى أن خطر اصابة المثانة وقناة مجرى البول أقل فيها منه فى سابقتها ، وفى أن حوافى العظم تكون أسهل التئاماً من حوافى الغضروف . ويضاف الى ذلك انه فى المعالجة بعد العملية لا يلزم أن يكون الحزام الحوضى متيناً جداً كالعملية السابقة ، وانه فى بعض الأحيان تكون الزيادة التى تحدث فى القطر المقدم الخلفى ثابتة .

وأكثر ما تعمل هذه العملية فى الأحوال التى يخطئ فيها المولّد فى تقدير حجم الرأس وسعة الحوض فاذا دنا المخاض وطال يضع الجفت فلا يدخل الرأس الحوض فيضطر إما الى التفتيت أو الى عمل العملية القيصرية ، أو قطع العانة. والأفضل أن يختار قطع العانة اذا كان الضيق من الدرجة الثانية وعلى الأخص لو كان الضيق فى المضيق السفلى لأن الاتساع الذى يحدث فى الحوض فى هذه الحالة يكون أكثر نسبياً مما يحدث اذا كان الضيق فى المضيق العلوى

ويتضح ذلك جلياً لكل من أجرى هذه العملية فى الأحواض القمعية، والتى تقرب فى شكلها من حوض الذكر.

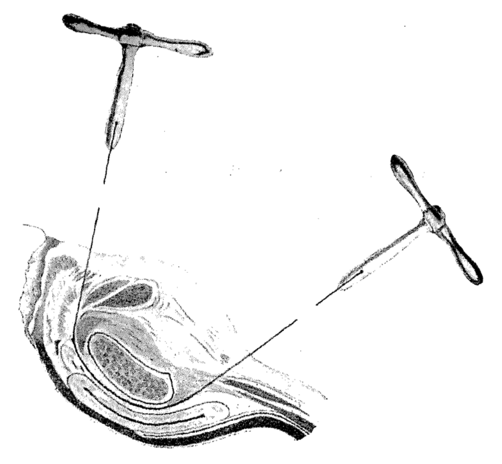


(شكل ٢٤٧) قطع عظم العانة — ادخال الابرة — طريقة بم

الآلات — منشار ججلى وابرة دودرلين .

العملية — تفعل أولاً سدادة مهبلية لمساعدة تمديد الفوهة الظاهرة والمهبل ولتنبيه الطلق . ثم تنام الوالدة على حافة السرير بالعرض ويقف مساعدان على جانبيها لضغط العظام وقت انفصالها ثم تعطى كلوروفورماً وترفع السدادة المهبلية . ثم يفعل شق عمودى على بُعد سنتيمتر وربع من العانة وعلى أحد الجانبين . ويكون طول الشق كافياً لمرور الأصبع ثم يعمّق الشق الى أن يصل الى العظم ثم يدخل فيه اصبع لفصل المثانة . ثم تمرر ابرة دودرلين من الجرح وراء عظم العانة محترسين أن تكون الابرة فى أثناء مرورها شديدة الالتصاق بالوجه الخلفى لعظم العانة . ثم يوضع اصبع فى المهبل ويبحث به عن نهاية الابرة التى نجدها دافعة الأغشية الرخوة امامها وبارزة

من تحت قوس العانة على بُعد سنتيمترين من الخط المتوسط . ثم نُجذب الأنسجة المهبلية للجهة الأنسية حتى تكون العملية كلها خارج المهبل ونأمر المساعد بأن يفعل شقاً صغيراً فوق نهاية الابرة حتى تظهر من الجرح . ثم



(شكل ٢٤٨) قطع عظم العانة . النشر — طريقة بم

يُربط منشار ججلي فى كلاّب مخصوص موجود فى نهاية الابرة ثم تجذب الابرة الى الأعلى فيرتفع معها المنشار ويخرج من حافة الجرح العليا . وبهذه الكيفية يكون المنشار مستعداً للعمل فنأمر المساعدين بضغط جانبي الحوض ونأمر مساعداً آخر بأن يضع يده فوق الوجه المقدم لعظم العانة ليدلّنا على الوقت الذى يكون قد تمّ فيه نشر العظم . ثم توضع قابضتا المنشار وينشر به العظم جاعلين المنشار مستقيماً على قدر الامكان حتى تقلّ اصابة الأجزاء الرخوة . ومتى ظهر لنا أن العظم قد تم انفصاله نخرج المنشار ونخيط الجروح

وتترك الولادة تتم طبيعياً واضعين الوالدة فى وضع ولخر لمساعدة اطالة القطر المقدم الخلفي . فاذا لم تنته الولادة بعد ساعة يوضع الجفت أو يفعل التحويل . أما المعالجة بعد العملية فكالعملية السابقة انما يمكن المريضة ترك الفراش بعد ١٦ يوماً .

طريقة بم — هذه هى الطريقة التى نستعملها دائماً ونشير باتباعها . وتحضيراتها شبيهة بتحضيرات العملية السابقة .

الآلات الخاصة بها — ابرة بُمّ وهى المرسومة فى (شكل ٢٤٧) ومنشار ججلى .

طريقة العمل — متى ابتدأ المخاض يحشى المهبل بشاش اليودوفورم أو بكيس شامپيتيه دى ريب وذلك لمساعدة تمديد المهبل ولحفظ الأغشية من الانفجار المعجل . ومتى تمدد العنق تماماً يفجر الجيب ويبدأ فى العمل بعد قثطرة المثانة على هذا النمط : يُمسك الشفر الأيسر باليد اليسرى ويُجذب مع الأنسجة التى تحته الى الجهة المقابلة ثم تمرّر ابرة بُم من أسفل الى أعلى بدون قطع الجلد وعلى نفس الخط الذى رسمناه فى العمليـة السابقة وراء الجهة التى نرغب أن ننشر العظم فيها . والأفضل أن يكون ذلك على بعد سنتيمتر ونصف من مفصل العانة . ثم تدفع الابرة مهدية على أصبع موضوع فى المهبل . ويجب أن تمر الابرة ملاصقة للعظم وان أمكن تحت سمحاقه وذلك اتقاءً لاصابة المثانة . ومتى ظهر سن الابرة من الجلد يربط فى ثقبها منشار ججلي ، ثم تسحب الابرة الى أسفل جاذبة المنشار معها ، ثم تركّب قابضتا المنشار كما هو ظاهر فى الرسم . وبعد ذلك تقرب ساقا المريضة احداهما الى الأخرى ، ويؤمر المساعد بأن يضغط جانبي الحوض حتى لا ينفصل العظم بسرعة فيمزق الأربطة المفصلية . ثم ننشر العظم جاعلين المنشار مستقيماً على قدر الامكان . وغالباً يكفى تحريكه من خمسة الى ستة دفعات حتى يُنشر

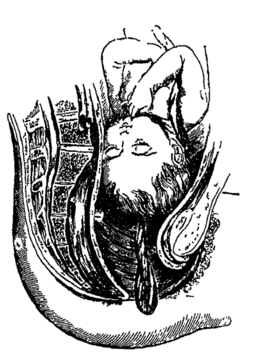
العظم تماماً . وغالباً يتبع ذلك نزف قليل يمكن ايقافه بالضغط أو بسد المهبل بالشاش اليودوفورمى بعد الولادة .

وبعد ذلك تنوّم المريضة فى وضع ولحر وتترك الولادة للطبيعة . ومتى تمت الولادة يُسَدّ الرحم والمهبل بالشاش اليودوفورمى سدّاً متيناً ويرفع السد بعد ثمانى ساعات .

﴿ سقوط الحبل السرى ومجيئه ﴾

قد يسقط الحبل السرى وجيب المياه لم يتمزق وتسمى هذه الحالة مجىء الحبل السرى ، وقد يسقط الحبل السرى بعد تمزق جيب المياه وتسمى هذه الحالة سقوط الحبل السرى .

أسبابه — من الواضح أن سقوط الحبل السرى لا يمكن حدوثه الاّ اذا لم يكن الجزء السفلى منطبقاً على الجزء الآتى به الجنين كما هو الحال فى المجيئات الحميدة اذا كان الحوض طبيعياً . أما فى الأحوال التى لا يحدث هذا التطابق فيها فان الصلة التى تكون بين جيب المياه والسائل الأمنيوسى العمومى تسبب انفجار الجيب المعجَّل وخروج السائل الأمنيوسى العام بسرعة حاملاً معه الحبل السرى ، وأهم الأسباب التى تُحدِث ذلك هى : —



(شكل ٢٤٩) سقوط الحبل السرى

(١) ضيق الحوض وهو أهمها . (٢) المجىء المعيب مثل المجىء بالوجه والمقعدة والحاجب والمجىء المستعرض . (٣) الاستسقاء الأمنيوسى

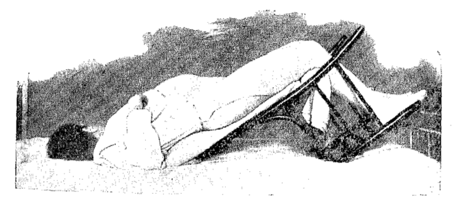
(٤) الحمل التوأمى . (٥) وقد يسقط الحبل السرى من الأسباب الآتية أيضاً وهى : — الاندغام المعيب للمشيمة ، وازدياد طول الحبل السرى ، واندغام الحبل السرى بالقرب من حافة المشيمة .

التشخيص — من السهل تشخيص سقوط الحبل السرى لاننا يمكننا الاحساس بالعروة الساقطة إما فى المهبل أو خارج الفرج . ومن الأمور الواجب ملاحظتها التحقق مما اذا كان الحبل السرى ينبض أو لا ينبض ثم عدّ النبضات للتأكد من حالة الجنين .

المعالجة — يوجد ثلاث طرق للمعالجة وهى : —

(١) ردّ الحبل السرى . (٢) عمل التحويل القدمى . (٣) الولادة القهرية .

أما فى الأحوال التى يكون فيها الحبل السرى عديم النبضات ولم تسمع ضربات الجنين فالجنين يكون ميتاً وليس ثمّت داعٍ للتداخل بل تترك الحالة للطبيعة . انما اذا كنا متأكدين بأن نبض الحبل السرى لم يقف الآ من بضع ثوان فالأفضل عمل الولادة القهرية لأن الجنين لا يموت الآ بعد وقوف نبض الحبل السرى بدقيقة أو أكثر .



(شكل ٢٥٠) وضع ترندلنبرج لمعالجة سقوط الحبل السرى

(١) رد الحبل السرى — اذا كانت الحالة حالة مجىء الحبل السرى ولم يكن الجزء الآتى به الجنين منحشراً فتفعل المعالجة بالوضع . وطريقة ذلك

أن تنام الوالدة على ظهرها فى وضع ترندلنبرج الذى تكون فيه مقعدة الأم أعلى من رأسها . فبهذه الطريقة يسقط الجنين فى جهة القاع حاملاً معه الحبل السرى . ثم نفعل بعد ذلك فحصاً مهبلياً فاذا وجدنا الحبل غير موجود بجانب الجزء الآتى به الجنين ندفع الأخير فى الحوض ونحفظه فى هذا الوضع الى أن يأتى طلق فيحشره. ثم نمزق الأغشية اذا كانت الفوهة متمددة ونأمر الوالدة بالعودة الى الفراش. ولوضع الوالدة فى وضع ترندلنبرج يؤتى بكرسى ويقلب على ظهره وتوضع فوقه وسادة وملاءة وتنام الوالدة عليه كما يرى فى (شكل ٢٥٠)

(شكل ٢٥١)
كيفية رد الحبل السرى

فاذا لم تنجح هذه الطريقة أو اذا كان جيب المياه متمزقاً يلزم ردّ الحبل السرى باليد. وطريقة ذلك أن يعطى للوالدة منوّم لمنعها عن الحزق . ثم يمسك الحبل السرى باليد ويمرر فوق الجزء الآتى به الجنين ويُشبك فى أحد الأطراف . ولكن هذه الطريقة صعبة العمل جداً لأننا كلما نجحنا فى ردّ عروة تسقط عروة أخرى . وفى عملها يحسن أن تكون المريضة فى وضع ترندلنبرج . وفى الأحوال التى لا تكون فيها الفوهة الظاهرة متمددة تمدداً كافياً لادخال اليد تفعل الطريقة الآتية : —

يؤتى بقثطرة صمغ مرن نمرة ١٠ أو ١٢ من القثاطر التى يوجد داخلها سهم أعنى سلك من الحديد. ثم نأتى بقطعة من الحرير طولها عشرون سنتيمتراً ونربط طرفيها أحدهما بالآخر. ثم نمرر عروة منها فى الفتحة الجانبية للقثطرة وندفع السهم فى القثطرة بحيث يمر وسط العروة التى ادخلناها فى الفتحة الجانبية . ثم نمرر الجزء من الخيط الحريرى الذي فى خارج القثطرة

حول العروة الساقطة من الحبل السرى ونلقيه على قمة القشطرة كما هو موضح فى (شكل ٢٥١) . ومتى انتهينا من ذلك ندفع القشطرة الى أعلى فوق الجزء الآتى به الجنين فيرتفع الحبل معها . ثم نسحب القشطرة الى الأسفل فتنحل العروة وتخرج القشطرة بدون أن تجذب الحبل السرى معها ثم ندفع الجزء الآتى به الجنين فى تجويف الحوض لمساعدة انحشاره . وينصح بعضهم أن يُدْفَع فى العنق (والقشطرة لا تزال رافعة العروة) كيس شامبيتيه دى ريب لمنع العروة من السقوط وليسهل تمديد العنق .

(٢) **التحويل القدمى** — اذا كان المجيء بالرأس ولم ينجح رد الحبل السرى يفعل التحويل القدمى . وفائدة عمل التحويل هو أن الخطر من انضغاط الحبل السرى بين المقعدة والحوض أقل بكثير منه بين الرأس والحوض . انما تجب فى عمل التحويل ملاحظة دفع الرأس فى اتجاه بطن الجنين لا فى اتجاه ظهره كما يُفعَل عادة حتى يساعد ذلك على زيادة ابتعاد السرة عن الفوهة الباطنة .

(٣) **وضع الجفت** — اذا كانت الفوهة متمددة فالواجب انهاء الولادة بمجرد عمل التحويل . فاذا لم يمكن عمل التحويل بسبب انحشار الرأس يوضع الجفت . فاذا وجدنا الفوهة غير متمددة تمدداً كافياً تفعل الشقوق الجانبية أولاً أو يمدد العنق بالطرق التى ذكرت قبلا ثم يوضع الجفت . وبعد انهاء الولادة تخاط الشقوق .

(٤) فى بعض الأحوال التى يكون فيها العنق غير متمدد وبالأخص لو كانت المريضة بكرية وكان الجنين حياً ولم ينجح رد الحبل السرى ينصح بعض المولدين بعمل العملية القيصرية .

الفصل الثامن والعشرون

﴿ الاعتناء بالمولود ﴾

الحبل السرى — يسقط الحبل السرى عادة بين اليوم الثالث والسادس . جيداً أما الغيار عليه فى هذه المدة فيجب أن يكون كالآتى : — يجفف الحبل ثم يذر عليه مسحوق مكوّن من أجزاء متساوية من مسحوق البوريك والنشاء . ثم يؤتى بقطعة مربعة من القماش الناعم المعقّم وتثقب من الوسط ثقباً كافياً لمرور الحبل السرى . ثم يدخل الحبل السرى فيها وتلف أطراف القماش حوله ثم يوضع فوقه القماط كالعادة ، ويكرر هذا الغيار يومياً .

الأمعاء — يتألف براز المولود فى اليومين الأولين من العقى وبعد ذلك يصير لون البراز أصفر كالعادة . وقوامه يكون سائلاً ورائحته برازية قليلاً . ويكون عدد مرات التبرز من ٢ — ٤ يومياً .

البول — يتبول المولود حديثاً من ٦ — ١٥ مرة يومياً .

الوزن — متوسط وزن المولود وقت الولادة ٧ أرطال ويقل وزنه فى الأربعة الأيام التالية ٢٠٠ جراماً . ثم يأخذ فى الزيادة تدريجاً .

غذاء الطفل — يجب أن تكون نوب الارضاع فى أوقات معينة ويجب تنبيه الوالدات الى الخطاء العظيم الذى يرتكبنه بارضاع أطفالهن كلما بكوا . فان أغلب أحوال النزلات المعدية المعوية التى يموت بسببها اكثر الأطفال منشاؤها الارضاع بغير انتظام . أما ترتيب الرضاع فيكون كالآتى : —

بعد الولادة بثلاث أو أربع ساعات يوضع الطفل على ثدى الأم . وفائدة ذلك مزدوجة ، فان الكولستروم الذى يكون فى الثدى وقتئذ يفيد فى تليين امعاء الطفل وفى الوقت ذاته تتنبه الانقباضات الرحمية للأم فتطرد

الكتل الدموية . أما مدة الشهر الأول فيجب أن تكون نوب الرضاع كل ساعتين ونصف مدة النهار والليل ما عدا مدة ست ساعات فى أواخر الليل لا يرضع الطفل فيها . ومن ابتداء الشهر الثانى تزاد المسافات بين نوب الرضاع تدريجاً حتى أنه فى نهاية الشهر الثانى يرضع الطفل مرة كل ثلاث ساعات . أما فى نهاية الشهر الثالث فيرضع مرة كل ٣ ساعات ونصف .

﴿ اسفكسيا المولود حديثاً ﴾

ان المعنى الحرفى للفظة اسفكسيا هو وقوف النبض ، ولكنها تطلق الآن على الاختناق الناشىء من عدم دخول الهواء الى الرئتين . ولسهولة فهم الأحوال التى تُسبِّب الاسفكسيا سنشرح أولاً كيفية حدوث التنفس فى المولودين حديثاً : ان تنفس الطفل وقت ولادته يتوقف على تنبُّه مركز التنفس فى المجموع العصبى . وهذا ينشأ من عاملين أولهما وأهمهما هو ازدياد حمض الكربونيك فى الدم بسبب بطء الدورة المشيمية ثم وقوفها . والثانى التنبُّه المنعكس للمراكز التنفسية الناشىء من تعرض سطح جسم الجنين للهواء البارد عند ولادته . ففى الأحوال العادية متى ولد الجنين وانكمش الرحم يصغر السطح الرحمى المندغمة فيه المشيمة ثم انها تأخذ أيضاً فى الانفصال. فلهذين السببين يقل مقدار الدم الوارد لها فيزرقّ الجنين قليلاً من تجمع حمض الكربونيك فى الدم . ومتى زاد مقدار حمض الكربونيك فى الدم فان مروره فى الدورة يهيّج المراكز التنفسية للجنين فيأخذ فى التنفس . وقد يحدث فى بعض الأحيان انه لسبب من الأسباب لايتحرّض التنفس فيزيد مقدار حمض الكربونيك فى الدم عن اللازم وتتحوّل الحالة الى اسفكسيا . وقد تحدث الاسفكسيا أيضاً من أسباب أخرى : ففى المجىء بالمقعدة قد تتأخر ولادة

الرأس ويتعرض جسم الجنين للهواء البارد فيبدأ بالتنفس ورأسه لا يزال فى الحوض فيمتص مخاطاً ودماً وعقياً فتنسد المسالك التنفسية .

وقد يصاب الجنين بالاسفكسيا قبل ولادته فى أحوال ثلاث : —

(١) اذا قل مقدار الدم فى الدورة المشيمية : (ا) اذا انضغط الحبل السرى بين الرأس والحوض ، (ب) من وجود عُقَد فى الحبل السري أو من التوائه ، (ج) من انفصال المشيمة المندغمة اندغاماً حميداً أو معيباً (د) من انقباض الرحم المستمر بسبب عسر الولادة .

(٢) اذا تنفس الجنين قبل خروج الرأس ، الأمر الذى يؤدى الى انسداد المسالك التنفسية بالسوائل .

(٣) اذا أصيب المخ أو المراكز العصبية بضرر ناشىء من الضغط الشديد بالجفت ، أو فى أثناء خروج الرأس فى الحوض الضيق . وفى هذه الحالة تكون الاسفكسيا غالباً من النوع الثقيل وهو المسمى بالاسفكسيا البيضاء .

الأنواع — تحدث الاسفكسيا على نوعين: الأول الاسفكسيا البيضاء والثانى الاسفكسيا الزرقاء . أما البيضاء فهى أشد النوعين خطراً وفيها يكون جسم الجنين أبيض وقت ولادته . ويكون نبض الحبل واقفاً والقلب ضعيفاً جداً لا تكاد تسمع ضرباته . ويكون التنفس متوقفاً أيضاً . أما فى الاسفكسيا الزرقاء فيكون الجنين مُزْرَقاً والحبل ينبض بقوة وتكون ضربات القلب شديدة ويحاول الجنين التنفس .

المعالجة — تنحصر المعالجة فى أمور ثلاثة (١) تنظيف المسالك التنفسية (٢) عمل التنفس الصناعى الى أن يتنفس الجنين طبيعياً (٣) تنبيه الدورة ومعالجة أعراض الصدمة التى يكون الجنين مصاباً بها .

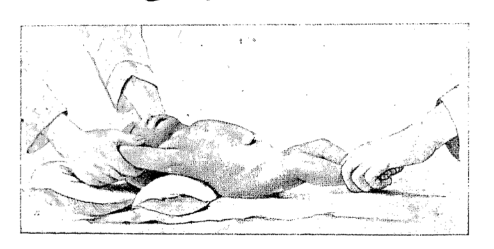
(١) فأما تنظيف المسالك التنفسية مما يكون موجوداً فيها من الدم

والمخاط والعقى ففائدته واضحة لسببين : أولهما ان وجود هذه السوائل يعيق دخول الهواء الى الرئتين . والثانى أننا اذا سمحنا للجنين بان يتنفس من غير أن نخلى فمه وحلقه من السوائل تمتصها المسالك الشعبية عند أول شهيق . ولذلك فمتى وُلِد الجنين يُمْسَح الفم والأنف والحلق مما يكون عالقاً بهما من السوائل بقطعة من الشاش النظيف ملفوفة على الأصبع . ثم يُمْسَك الطفل من قدميه ويُدلَى رأسه الى الأسفل حتى تنحدر السوائل الى فمه ويسهل اخراجها . ثم يُضْرَب على ظهره قليلاً لتنبيه التنفس . فاذا لم يكن الازرقاق شديداً لا يقطع الحبل السرى بل يوضع الجنين على بشكير بين ساقى أمه ثم يدلك ظهره بالكنياك أو الكُحُل ويرشّ وجهه ورأسه بالماء البارد. ثم توضع السبابة أو الأصبع الصغير فى إستْه لتنبيه التنفس . فان لم يفد ذلك يُجذَب اللسان قليلاً بقطعة من الشاش ملفوفة على الأصبع ، ويستمر فى جذبه قليلاً ثم ارخائه بحيث لا تزيد سرعة الجذب والارخاء فى المرة الواحدة عن ثلاث ثوانٍ . فاذا لم تفد هذه الطرق يُقطَع الحبل السرى . ويتبع النظام الذى سيذكر فيما بعد . هذا فى الاسفكسيا الزرقاء . أما فى الاسفكسيا البيضاء فيقطع الحبل من أول الأمر ومتى قطع الحبل يضع المولّد الجنينَ على ركبته مضجّعاً على ظهره وملفوفاً فى بشكيرأو بطانية مع ملاحظة أن يكون رأسه متدلياً الى أسفل . ويمكن أيضاً وضعه على خوان (طرابيزة) . ثم يُضْغط الصدر باحدى اليدين بلطف من أسفل الى أعلى . وباليد الأخرى تُضغط القصبة الهوائية ضغطاً خفيفاً من أسفل الى أعلى فيسبب ذلك خروج السوائل التى تكون فى الصدر فتُمسح عندئذٍ من الفم بمنديل ويُعْصر الأنف. فاذا وجدنا المخاط كثيراً تدخل قثطرة رجال داخل الحنجرة وتُمَص بها السوائل . ويجوز استعمال قثاطر معدنية أو صمغ مرن صلبة . وتُدْخل القثطرة بهذه الكيفية : يُدْخل السبابة

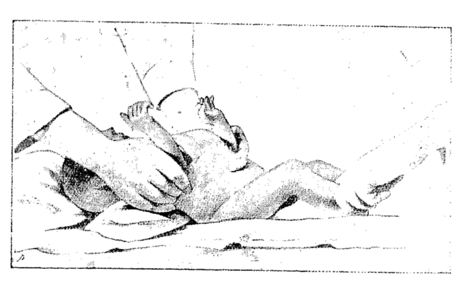
والشاهد (الوسط من أصابع) اليد اليسرى فى فم الطفل الى الحلق ويوضع الابهام من الخارج بحيث تُمْسِك الحنجرة بينه وبين الأصابع الأخرى . ثم تمرر القشطرة باليد اليمنى مهدية على الأصابع الموضوعة فى الفم حتى تدخل الى الحنجرة . ولا يجوز أن تزيد المسافة بين قمة القشطرة وشفتى الطفل اكثر من عشرة سنتيمترات . ثم يُضْغَط الصدر من الجانبين وتمصر المسالك التناسلية وتمص السوائل .

(٢) أما طرق عمل التنفس الصناعى للجنين فثلاث .

(ا) طريقة سلفستر (ب) طريقة بيرد (ج) طريقة شولتز



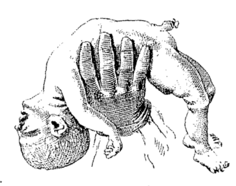
(شكل ٢٥٢) طريقة سلفستر للتنفس الصناعى الحركة الاولى الشهيق



(شكل ٢٥٣) طريقة سلفستر للتنفس الصناعى الحركة الثانية الزفير

(ا) طريقة سلفستر — يوضع الطفل على طاولة أو على ركبتى أحد المساعدين مغطى ببشكير ومدلى الرأس قليلاً. ثم تكلف أحدى الحاضرات بامساك قدميه كما ترى فى الشكل ثم يُمسِك المولد ساعدى الطفل ويجذبهما إلى أن يحاذيا رأسه أو يتجاوزاه الى الوراء مع ملاحظة ان تكون راحتا الطفل الى الأعلى. فبهذه الحركة يتسع الصدر ويُشفط الهواء فى المسالك التناسلية (الشهيق). ثم تُرجَع الذراعان الى الصدر وتُضْغطان على جانبيه حتى يخرج الهواء من الصدر (الزفير). ثم تكرر هذه الحركات عشرين مرة فى الدقيقة. ويستحسن فى وقت عملها أن يُجْذَب اللسان الى الخارج بجفت اللسان أو بالأصبع المعمَّم بقطعة شاش فى وقت الشهيق حتى لا يُعيق دخول الهواء، وأيضاً ليتنبه التنفس الطبيعى.

(ب) طريقة بيرد — يُمسَك الجنين من وسطه، بحيث يتدلى رأسه من جهة ورجلاه من الجهة الأخرى كما ترى فى (شكل ٢٥٤) فبهذه الحركة يحدُث الشهيق، ثم تُمْسَك الكتفان بأحدى اليدين والمقعدة بالاخرى ويُثنى الجنين على نفسه فيحدث الزفير. والذين يستعملون هذه


(شكل ٢٥٤) طريقة بيرد، الشهيق.


(شكل ٢٥٥) طريقة بيرد، الزفير.

الطريقة يفضلونها عن غيرها لعدم ضرورة وجود مساعدين لإمساك القدمين كما فى الطريقة الأولى ولإمكان عملها والطفل فى الحمام.

طريقة شولتز — يفعل التنفس الصناعى بطريقة شولتز كالآتى : — يُمسك الطفل فى كلتا اليدين بوضع الابهامين تحت رأسى العضدين من الامام، والسبابتين على جانبى الصدر والأصابع الثلاثة الباقية من كل يد على الظهر (انظر شكل ٢٥٦). ثم يطوّح الطفل الى الأعلى بسرعة حتى يسقط جسمه الى الأمام على الابهامين الذين على السطح المقدم للصدر (انظر شكل ٢٥٧) وفى الوقت نفسه يُضغط الصدر جانبياً بالأصبعين السبابتين اللتين على جانبى الصدر والأصابع الثلاثة التى على الوجه الخلفى للجذع فيصغر بذلك حجم الصدر فى قطره المستعرض . ولوجود الجنين فى هـذا الوضع تسقط الأحشاء على



(شكل ٢٥٦)
طريقة شولتز وضع الشهيق



(شكل ٢٥٧)
طريقة شولتز وضع الزفير

الحجاب الحاجز وتدفعه الى الأعلى فيصغر حجم الصدر فى قطره العمودى. وبهذه الكيفية يحصل الزفير. ويساعد أيضاً وضع الجنين بهذه الكيفية على نزول المخاط من الحلق . ثم يُبقَى الجنين فى هذا الوضع بضع ثوانٍ ثم يقلب ثانياً الى الوضع العمودى . ومتى سقط الجنين الى الأمام يوقف الضغط عن الصدر ويمسك من الكتفين حتى أن ثقله فى أثناء سقوطه يدفع الكتفين الى الأعلى . وهذا الوضع يشبه الشهيق . ويجب أن يكون عدد نوب التنفس من ٨ — ١٢ فى الدقيقة . واذا لاحظنا أن الجنين أخذ يتنفس من نفسه

فالواجب مساعدته بفعل التنفس الصناعى فى نفس الوقت الذى يتنفس هو فيه .

(٣) *تنبيه الدورة ومعالجة الصدمة* — يقوم ذلك بوضع الطفل فى حمام من الماء الدافىء فى درجة ٤٠° سنتجراد ويضاف الى الماء قليل من الخردل . ثم يعمل التنفس الصناعى بطريقة بيرد والطفل لايزال فى الحمام . ثم يخرج الطفل من الحمام وينشف جسمه ببشكير . ثم يلف فى بشكير ويعمل له التنفس الصناعى بطريقة سلفستر . ثم يغمس الأصبع فى الكونياك ويدهن به حلق الطفل . وعادة تطلب الأهالى أن توضع بصلة على أنف الطفل لتنبيهه وهذا لا يضر الطفل ان لم يفده فلا بأس به .

كيفية السير فى المعالجة — اذا ولد الجنين مصاباً بالاسفكسيا البيضاء تفعل الطرق العلاجية الآتية : —

(١) يربط الحبل السرى . (٢) يوضع الجنين فى حمام من الماء الساخن الذى درجة حرارته ٣٨° الى ٤٠° سنتجراد . (٣) بينما يكون الجنين فى الحمام يُمص المخاط من حلقه بواسطة قثطرة معدن أو صمغ مرن . (٤) يُخرج الطفل من الحمام ويجفف جيداً . (٥) يفعل التنفس الصناعى بطريقة شولتز أو بيرد خمس أو ست مرات . ثم تكرر الطرق العلاجية من (٢) الى (٥) جملة مرات الى أن يقف القلب عن الحركة أو تحول الاسفكسيا البيضاء الى اسفكسيا زرقاء . فاذا حصل الثانى يُغمر الطفل فى حمام من الماء البارد مدة بضع ثوان ويكرر التنفس الصناعى . ثم تكرر الطرق الآتية جملة مرات وهى (١) الحمام الساخن (٢) مص المخاط من الحلق (٣) الحمام البارد (٤) التجفيف (٥) التنفس الصناعى . وهكذا الى أن يعود تنفس الطفل . ثم تدلك لثة الطفل بالوسكى أو الكونياك لتنبيهه وكذلك

يدلك الصدر بالوسكي . ويجب ملاحظة عدم وضع الأطفال المصابين بالاسفكسيا البيضاء فى الحمام البارد لأنه يضعف القلب .

واذا وُلِدَ الجنين فى حالة اسفكسيا زرقاء فلا يجوز قطع الحبل السرّى الاّ متى وقفت نبضاته

الفصل التاسع والعشرون

« الطفل السليم »

تمهيد عام — متى انتهيت من عملية الولادة فقبل أن تترك الوالدة والمولود افحص الطفل لتعلم ان كان فيه عيب طبيعى . افحص الفم وانظر ان كان فى سقف الحلق شق . وافحص الأطراف . وانظر ان كان الشرج مفتوحاً . وان ارتبت فى أمره فادخل ميزان الحرارة الى داخل المستقيم .

فاذا وجدت الطفل تاماً لا عيب فيه فألقِ على ذويه التعليمات اللازمة للعناية بهِ وبمسألة نموه يوماً فيوماً . ولا يخفى عليك أن معظم ثقة الأم بك يتوقف على ذكائك وحذقك فى هذا التدريب فقد لا تدرك الأم أهمية ما تقوم به من التعقيم فى أثناء الولادة ولكنها تدرك تماماً كل خطأ فى تدبير صحة طفلها . فلذلك يجدر بنا أن نأتى على بعض الملاحظات العمومية فى مسألة العناية بالأطفال . يغلب أن أعراضاً بسيطة أو عرضية أو قصيرة الأمد تمدُّك بالعلم الملازم للمعالجة . ومن الأمور الواجب الالتفات لها فى الكشف على الأطفال ملاحظة هذه الأعراض البسيطة مهما كانت قليلة الأهمية . ولذلك يجب أن تلقى الأسئلة الرئيسية عن غذاء الطفل ومواعيده ومقداره وعما اذا كان يقاسي من الأرياح أو العرق أو الإمساك أو الإسهال

ولينتبه الطبيب لما يبدو من مخاوف الأم أو المرضع أو المربية حتى ولو كانت حالة الطفل لا تدعو الى القلق فهنّ يراقبنه جيداً ويلاحظن تغيرات وجهه وأحواله التى تدل على انحراف صحته . فلذلك يجب أن تفحص جسم الطفل فحصاً دقيقاً متى قيل لك أنه عليل واطلب الى مربيته أو أمه أن تعرّيَهُ . فاذا قالت الأم أنه نام الآن وتشفق ان توقظه ، أو أن الطقس بارد وتخشى أن يؤذيه البرد ، فقل لها أن صحته أهم من هذا الاشفاق عليه . كن لطيفاً ورقيقاً حين تفحصه ولا تزعجه . دفِّئ أناملك وافتح عينيك .

﴿ مميزات الطفل السليم ﴾

يغلب أن تولد الأطفال سليمى الأبدان . حتى ان أبناء الأمهات اللواتى يمتن فيما بعد بالسل أو بمرض القلب أو من الجوع يغلب أن يولدوا سليمى الأجسام بالرغم من اعتلال أمهاتهم . والسنّة الطبيعية تقضى بالحرص على النوع لا على الفرد ولهذا تكفل الصحة الجيدة للطفل على حساب أمه المائتة من السقم . ومَن يرى الأطفال العديدين السليمى الأبدان فى أحضان أمهات سقيمات يأخذه العجب اذ يراهم أصحاء سماناً نشيطين . ذلك لأن الطبيعة تمنحهم بَدءاً فى الحياة حسناً . وانما يوافيهم الخطر من جرّاء جهادهم ضد مساوئ المدنية .

الطفل السليم سمين لا يتقيأ ، يلتقم الثدى أو الرضّاعة فى الحال ، لا يقاسى من الأرياح ، يتغوّط ثلاث أو أربع مرات يومياً فى الشهر الأول ولا يبكى كثيراً ولا طويلاً . ومهما طال بكاؤه فلا يتجاوز نصف الساعة . ولا تعلو درجة حرارته بعد الأيام الثلاثة الأُوَل عن ٣٧,٨° سنتيجراد اذا أخذت فى المستقيم . أما برازه فهو رخو وأصفر . ولا يكون أخضر مطلقاً ولا يكون فيه كتل بيضاء . وجلده خالٍ من النقاط . ولسانه نظيف وخالٍ من البياض .

ويزداد وزن الطفل السليم نحو ٧ أواقٍ فى الاسبوع فى الأشهر الثلاثة الأُوَل ما عدا الأسبوع الأوّل . هذا اذا رضع الجنين من الثدى . وأما فى التغذية بالرضاعة الصناعية فلا تضمن هذه الزيادة .

وأخيراً تعد حالة اليافوخ المقدم خير دليل على حالة الطفل الصحية ، فالعادة أن تكون مستوية مع عظام الجمجمة فاذا كانت منخفضة عنها أنذرت باعتلاله .

ومتى دعيت لفحص طفل لتتحقق ان كان صحيحاً أو عليلاً فلاحظ كل هذه الاعتبارات . فاذا لاحظت فيه انحرافاً عن قواعد الصحة فابحث بتدقيق فيما اختل من أمر العناية به . لأنه بالرغم من اتباع المربية التعليمات اللازمة بالتدقيق تطرأ على الأطفال حالات سيئة وأخطار مرضية تتطلب التحقيق الدقيق الذى يكشف غالباً السبب فى مرضه

تعليمات عامة بشأن العناية بالطفل السليم — نعتقد أن الأيام الثلاثة الأُوَل أهم أيام الطفل فى حياته . لأنه فى هذه المدة تغلب المعارضة لمجرى الطبيعة . ويغلب أن تفضى هذه المعارضة لأذى الطفل .

البول — يجب أن يبول الطفل فى مدة الأثنتى عشرة ساعة الأولى من عمره فاسأل ان كان قد بال . فاذا ظهر لك انه لم يبل فقد تكون المرضع أو المربية أغفلت الخرقة فجفت . لا تقلق طالما لا ترى تورماً أو انتفاخاً مستديراً فوق العانة حيث توجد المثانة . اغسل بقطنة مرطبة بالماء فتحة المجرى البولى ونظّفها من الأوساخ ثم اسق الطفل ملعقة صغيرة من الماء البارد وضعه فى حمام دافىء . ثم ضع أصبعك على فتحة المجرى البولى فتشعر بالبول وهو يندفق . فاذا لم يبل الطفل مع كل هذه الوسائل فلا داعى للقلق

ما دامت المثانة غير ممتلئة . اوعز الى المربية أن تضع قطعة من الفانلا الدافئة على أسفل البطن وأن تراقب خرقة الطفل فى الساعات الست التالية . فاذا تأكدت أن الطفل لم يَبُلْ فى هذا الوقت فأجز فى المجرى البولى قثطرة صغيرة (نمرة ١) معقمة فيجرى البول حالاً سواء فى الذكر أو الانثى .

براز الطفل — يجب أن يتغوط الطفل نحو ٦ مرات فى الأربعة والعشرين ساعة الأولى برازاً أخضر قاتماً هو العقى ويستمر هذا النوع من البراز يخرج مدة ثلاثة أو أربعة أيام ثم يصبح الغائط أصفر باهتاً . فاذا لم يتغوط الطفل فى الاثنتى عشرة ساعة الأولى فادهن ترمومتراً بأى مادة لزجة كالزيت أو نحوه وأدخله فى شرج الطفل حتى اذا أخرجته خرج البراز وراءه . هذا اذا كان الشرج مفتوحاً فان أحسّ الأصبع بانسداد الشرج وجب عمل عملية فتح الشرج .

حالة الطفل بعد الولادة — متى ولد الطفل لا تمارس أعضاؤه جميع وظائفها الفسيولوجية فى الحال بل تحدث عدة تغيرات فسيولوجية ذات شأن . فالرئتان تجهزان الاوكسجين . ولكن وإن كان الطفل يصرخ بشدة فقد لا يكون التنفس مستوفياً أحياناً أى أن الهواء لا يصل الى أعماق الرئتين ، وقد لوحظ ذلك فى فحص حوادث قتل الأطفال . ثم أن الدورة الدموية تستغرق وقتاً قبل أن تتم، كما أن المركز العصبي الذى ينظم الحرارة يستعد للقيام بوظيفته . زد على ذلك أن اعضاء الهضم تستغرق وقتاً قصيراً حتى تمارس وظائفها كالواجب

أهمية ما تقدم — فالصراخ اذاً هو خير الوسائل لامتلاء الرئتين فاذا لم يصرخ الطفل جيداً فى الاثنتى عشرة ساعة الأولى يجب أن يُحمَل على الصراخ ولا سيما اذا كان ضعيفاً ولم يصرخ الصراخ الشديد .

وأما من حيث تنظيم الحرارة فو إن لم يكن ضرورياً ان يُلف الطفل

فى الحال على أثر ولادته فيجب أن تكون الغرفة دافئة . ويحسن بالطفل أن يَرفُس برجليه وهو مضّجع فى مهده . وأما حمّامه فلا ينبغى أن يكون أقل من ٣٧,٥° س .

وأما سوء عمل الأعضاء الهاضمة فأمر مألوف عند الأطفال وقد تعالجه المربية باعطاء الطفل قليلاً من زيت الخروع أو الزبدة أو السكر أو الحليب ممزوجاً بالماء أو بعض سوائل أخرى ولكنّ ذلك غير مستحسن بتاتاً لأن صحة الطفل السليم الذى ولدته أم سليمة تحسن باتباع سنة الطبيعة .

الكولسترووم — لا يخفي أن اللبن لا يبدو فى ثدى الأُم حتى اليوم الثالث من النفاس ولكن الثدى يفرز قليلاً من الكولوسترّوم ويظهر بأنه يساعد على تليين امعاء الطفل . وفى بعض الأحوال يدر الثديان لبناً فى اليوم الثانى . فاذا رضع الطفل حينذاك فقد يتجاوز حده من الرضاعة ويتعرض لسوء الهضم . ولذلك لا يجوز أن يلقم الثدى الاّ قليلاً تفادياً لخطر سوء الهضم .

تأخر اللبن — وفى بعض الأحوال قد يتأخر درُّ اللبن حتى اليوم الرابع أو الخامس فيجوع الطفل ويصرخ . ففى هذه الحالة يعطى مزيجاً من اللبن والماء كما سيذكر فيما بعد وذلك بعد أن تلقمه الثدى لكى يمتص منه ما يستطيع . وقد يقلّ اللبن فى آخر الأسبوع وتمتنع بعض الامهات حينئذٍ عن الارضاع ولكن امتناعهنّ خطأ عظيم . فكثير ما يدر اللبن بعد ٢٤ أو ٣٦ ساعة اذا تناولت مقداراً وافراً من السوائل .

التغذية الثدوية — لا يوجد تغذية تضاهى التغذية الثدوية أى ارضاع الطفل لبن امهِ ولذلك يجدر بالطبيب أن يُقنع الأم وسائر الأهل والمربية بضرورة الإرضاع الثدوى . أن صحة الطفل وسلامة حياته قد تتوقفان على ذلك . وقد يلجأ أهل الطفل الى مناقشتك واقناعك حتى توافق على رغبة

الأم أو المربية بان يغذى الطفل بواسطة الإرضاع الصناعى . فاذا لم يكن ثمت سبب مقنع لك أو ضرورة قاهرة فدع المسئولية فى موافقتك على ذلك تقع على سواك . وقلما يدرك الابوان أن مستقبل صحة الطفل يتوقف على انقاذه من الانحرافات الصحية مدة الطفولية . ولضمانة ذلك يجب أن يستوفى الطفل جميع حاجاته من الخمائر والعناصر الحيوية وسائر المواد الغذائية التى توجد فى اللبن البشرى المفرز فى حال الرضاعة دافئاً كاللازم وهى خواص جوهرية لا توجد فى أى لبن صناعى .

قد يعجز الطفل عن التقام حلمة الثدى أو قد ينام بعد قليل من التقامه الثدى وانما يصرخ صراخاً شديداً حين يبعد عنه . وقد يتقيأ على أثر الارضاع أو قد يتغوط بعد كل ارضاع . وقد يصحب هذه الأعراض صراخ شديد وطرد أرياح وسوء هضم . ومنشأ هذه الأعراض عادة إما من عدم إنتظام الارضاع أو من زيادة مقدار اللبن فى الرضعة الواحدة . فلذلك يجب التدقيق الكلى فى معرفة السبب . فاذا تيسر ميزان دقيق يوزن الطفل فيه قبل الارضاع وبعده تسهل معرفة مقدار ما يرضعه فى كل مرة . واذا اطيلت الفترات بين الرضاع الى ساعتين ونصف كان ذلك كافياً لشفاء الطفل . أما اطعام الطفل الى حد التخمة واجلاسه على « القصرية » بعد كل تغذية فانه يجعله يتناول من الغذاء أكثر مما يستطيع هضمه . أما اذا ظهر أن الطفل ينقص وزناً فى الاسبوع الثانى بالرغم من انتظام رضاعه فى حين أنه لا يتقيأ اللبن فيمكن أن يستنتج حينئذٍ أن لبن أُمه فقير فى المادة الغذائية أو أنه قليل المقدار . وفى هذه الحالة يجب الاهتمام فى استزادة اللبن وتحسينه . ولسد هذا النقص يمكن الالتجاء الى لبن البقر المحلوب حديثاً . وليس أفضل من الاسلوب التالى : —

يُغلَى مقدار قليل من الحليب فى حلة مكشوفة ثم يبرَّد حالاً الى درجة حرارة الجسم ويعطى منه للطفل ملعقة صغيرة أو أكثر الى أربع ملاعق بعد أن يرضع كل ما فى الثدى ، نبتدئ أولاً بملعقة صغيرة ثم نزيد تدريجاً حسب الحاجة . ولا يضاف ماء أو سكر الى هذا اللبن . وخيرٌ أن يلجأ الى هذه الطريقة من أن يعطى الطفلُ الثديين جميعاً فى كل وجبة (أى ارضاع) .

وانما نفضّل هذه الطريقة لأن الاختبار الفعلى أثبت نفعها . فبها نحاشى عيوب الرضّاعات الزجاجية . وهى تحول دون تثبيط همة الأم عن الارضاع حين ترى أن الرضّاعة تقوم مقام الثدى . والغرض من عدم تحلية اللبن بالسكر تلافى اتخاذ الطفل منه اكثر من اللازم . واللبن المستخرج من الثدى حديثاً له من غير ريب قوة احياء اللبن الميت الذى يمتزج به لما فيه من الخمائر والمواد الدهنية Lipiads . واذا كان الثدى قليل اللبن وخفيف المادة احتاج الطفل الى جرعات من الماء يُعطاها بين رضاع وآخر غير ممتزجة بماء ولا بسكّر ، وليس من زجاجة . فاذا قبلها الطفل أعطيت له والا فلا . ولكن اذا كانت ممتزجة بسكر تعوّد الطفل أخذها حتى ولو لم يكن فى حاجة اليها . أما اذا ساعدنا الرضاعة الطبيعية بالرضاعة الصناعية فان الطفل بلا شك يفضل الرضاعة الصناعية لسهولتها وشدة حلاوتها ولذا يصعب حمله على مداومة الرضاعة الطبيعية .

والطفل المولود حديثاً يغلب أن يكون خلواً من الغريزة ، فقد لا يلتقم الثدى الاّ اذا أحرجه الجوع . وهو لا يشعر بالجوع فى الأيام الثلاثة الأولى . ولهذا ترتبك الأم وتقلق لعدم اقبال الطفل على الرضاعة .

فاذا كانت حلمة الثدى طبيعية فبالتؤدة يتعوّد الطفل أن يلتقمها . ولكن اذا كانت متقلّصة أو غارقة فى الثدى فقد لا يعرف أن يلتهمها الاّ بعد صراخ شديد وبعد أن تذرف أمه دموعاً غزيرة .

أسباب وفيات الأطفال — يولد فى مصر فى كل عام نصف مليون طفل تقريباً ، يموت منهم فى السنة الأولى من حياتهم اكثر من ١٥٠ ألف طفل ويموت فى السنة الثانية اكثر من نصف هذا العدد . ونسبة وفيات الأطفال فى السنة الاولى ٢٧ ٪ وهى متساوية فى الاقاليم والبنادر . وهذه النسبة لا تشاهد فى أى بلد آخر فهى فى السويد ٩,٢٨ ٪ وفى انجلترا ١٣,٢ ٪ وفى ارلندا ٩,٧ ٪ وفى فرنسا ١٤,٤ ٪ وفى ألمانيا ٢١ ٪ وفى الولايات المتحدة ٩,٥ ٪ و فى اليابان ١٥ ٪ ونصف وفيات الأطفال فى مصر سببها أمراض الجهاز الهضمى ، والنصف الآخر الذى لا يموت بهذه الأمراض يُصاب بها غالباً فتضعف صحته ويصير عرضة للاصابة بالأمراض الأخرى . والعناية بالجهاز الهضمى يجب أن تبدأ من يوم ولادة الطفل . فالحرص على صحة الطفل فى أسبوعه الأول أهمّ من الحرص عليها فى أسبوعه الثانى ، وفى هذه أهمّ منه فى الثالث . لأنه كلما عاجل الطفلَ المرضُ باكراً كانت النتائج السيئة اكثر رسوخاً فيه . فسوء الأسنان وتشوُّه الفكين واعوجاج العظام الراشيتزامى والضعف البدنى العقلى وقلة الهمة — كل هذه فى اكثر الأحوال نتائج اهمال أمر الطفل فى أوائل حياته .

والذى يراجع احصاآت مصلحة الصحة يجد أن ثلث الأطفال تقريباً يموتون فى السنة الاولى من حياتهم . على أن مصائب الطفل ليست فى معدل الوفيات كما هى فى وفرة الأشخاص الذين يقاسون بعد ذلك فى غضون تنازعهم البقاء بسبب التقصير فى حسن تربيتهم وهم أطفال .

أوقات التغذية — يُقدَّم الطفل للثدى بعد ست ساعات من ولادته اذا كانت أمه صاحية . ويرضع مرتين فى الأربع والعشرين ساعة الاولى

و ٣ مرات فى النهار ومرة فى الليل فى اليوم الثانى . ويسقى ملاعق صغيرة من الماء اذا كان يصرخ من العطش . ومن اليوم الثالث فما بعد يعطى الثدى كل ٣ ساعات فى النهار ومرة فى الليل : أى يرضع فى السابعة والعاشرة صباحاً والاولى والرابعة والسابعة والعاشرة بعد الظهر والثالثة بعد نصف الليل . وتُحسَب الفترة بين الرضاعة والأخرى من بدء كل رضاعة الى بدء الأخرى، لا من نهاية كل رضاعة . والمحافظة على هذا الترتيب محتّمة حتى اذا كان الطفل نائماً فى ميعاد الرضاعة وجب أن يوقظ . وقد يتعذر أحياناً ايقاظه . ففى هذه الحالة يترك نائماً حتى يحين ميعاد الرضاعة التالية . ولا يخفى أن تعويد الطفل على مواعيد التغذية مفيدٌ له كما يستفيد البالغ من المحافظة على مواعيد أكله ، ناهيك عن أن هذا الترتيب يبنى الأساس للصحة الجيدة والخُلق الحسن .

والطفل ميّال عادة للنوم فى النهار والصحو فى الليل . ولا يخفى ما فى ذلك من ازعاج ذويه . على أنه يمكن التغلب على هـذه العادة بتغذيته مرة واحدة فى الليل . فاذا أُعطى الطفل الثدى مرةً إسكاتاً لصراخه فى الليل لا تبقى ثمت راحةٌ لأهله بعد ذلك . وبصريح العبارة نقول من الضرورى أن نصرّ على هذا الترتيب ولا نعبأ بصراخ الطفل طلباً للغذاء . فاذا عومل الطفل على هـذا النحو خضع سريعاً الى ذلك الترتيب ونشأت فيه ملكة المحافظة على النظام . ان العصارات الهاضمة تُفرز فى مواعيد معينة فلا يجوز أن تختل هـذه المواعيد بإلقام الطفل الثدى كلما عنّ له أن يصرخ . ثم ان لوظيفة الهضم مواعيد للراحة . ومما يدلّك على أهمية هذه المواعيد انه اذا كان امرؤٌ يتناول أىّ طعام فى غير ميعاد الأكل يبقى غالباً هذا الطعام فى معدته بلا هضم الى أن يحين موعد الغذاء المعتاد .

على الهضم يتوفق حسن الصحة، وعلى حسن النظام والمحافظة عليه يتوقف اعتدال المزاج.

كيفية الارضاع من الثدى — اذا كانت الأم أو المرضع فى السرير تتكئ على جانب الثدى الذى تُلقِم الولد حلمته بعد أن تكون قد غسلتها جيداً بالماء الدافئ بواسطة قطنة. وعليها أن تنتبه جيداً الى أنف الطفل بحيث لا يكون غائراً فى الثدى لئلاّ يتعذر على الطفل التنفس حين يرضع. وقد يكون عدم انتباه المرضع الى هذا الأمر سرّ قولها ان الطفل ضعيف جداً الى حدّ عجزه عن الرضاعة — ويمكن اكتشاف هذا السر بالمراقبة. ينبغى أن يرضع الطفل ثدياً واحداً فقط كل مرة والثدى الآخر يبقى للمرة التالية. واذا كان ثدى واحد فقط صالحاً للارضاع تستعمل الرضاعة الصناعية بدلاً من الثدى العاطل أى بالتناوب مع الثدى العامل. ذلك لأن اللبن الذى ينضح من ثدى واحد كل ٣ ساعات يكون خفيفاً وقليل الغذاء. وأما التؤمان فيعطى كلٌّ منها ثدياً واحداً. فاذا لم ينموا كاللازم وجب اسعافهما بالرضاعة الصناعية أيضاً.

كم يجب أن يعطى الطفل فى الرضعة الواحدة — القانون أن يُرضع الطفل قدر ما يريد دون التخمة. وهذا القانون يسرى على الارضاع الصناعى أيضاً. فاذا أفعمت معدته فالزائد من الغذاء يتكتل ويتقيّأه. فاذا تقيأ يعطى فى الوجبة التالية قدراً أقل. ويستدل على القدر الذى يمتصه الطفل من الثدى من المدة التى يقضيها فى الرضاعة. فاذا تقيأ بعد رضاعة عشرين دقيقة يُرضع فى الوجبة الثانية ١٥ دقيقة وهكذا تنقّص مدة الارضاع كل مرة ما دام الطفل يتقيأ بعد الرضاعة الى أن يُهتدَى الى أطول مدة لا يتقيأ فيها.

الوزن — يمكن وزن الطفل قبل الرضاعة وبعدها لتحقيق القدر الذى يأخذه من اللبن .

العناية بالحلمتين — يجب أن تُغسل الحلمتان بعد كل رضاعة بمحلول البوريك ثم بقليل من الكُحُل المخفف (أو ماء كولونيا أو كنياك مع مثل قدره ماء) . وأما قبل الرضاعة فتغسل الحلمتان بالماء الدافئ . وقد تكون الحلمتان غائرتين ومع ذلك يُستغرَب كيف يمكن الطفل أن يلتقمهما ويمتصهما . والحقيقة ان فم الطفل يضغط على الثدى فتبرز له الحلمة فيلتقمها . وعلى الأم أن تساعد الطفل على هذا العمل بأن تضغط على الثدى حول الحلمة بأصابعها أو بحلقة موافقة لذلك . فاذا تعذر على الطفل أن يظفر بالحلمة دعه يزاول ذلك مرة بعد مرة يومياً ودع المرضع تمطُّ الحلمة بأصابعها عدة مرار كل يوم حتى تبرز . ويمكن استعمال ترس الحلمة متى كانت الحلمة غير صالحة للارضاع .

الانتباه الى المرضع — المرضع ميَّالة الى النهم فى الأَكل . وهو أمر ضارٌّ ولا سيما فى مدة النفاس . فان المرضع تُحَضُّ على الاكثار من الأكل وهو ما يفسد الهضم . فنبّه عليها أن تحافظ على مواعيد الأكل وتعتدل فيه . اجعل امعاء الأُم منظَّمة باعطائها كثيراً من السوائل والفاكهة والبقول أى الخضروات. واذا مسّت الحاجة فأَعطِها من العقاقير السنا والكاسكارا وغيرهما من الملينات غير المهيجة . والشائع فى يقين العامة امتناع المرضع عن الفاكهة والبقول ، على أننا لم نجد نتائج سيئة من تعاطيها .

اذا شرع اللبن يدرّ أقلّ من الحاجة فاعطِ الأم مزيداً من السوائل . وهناك وَهْمٌ عام فى الظن ان اللبن الذى تشربه الأم يذهب لبناً الى ثديها . وهذا الوهم يفضى الى تجرّع الأم اللبن بين وجبات أكلها ، ولكنه يضعضع

شهية الأم ويسبّب سوء هضمها . وكذلك هناك رأى عام آخر وهو أن البيرة تزيد اللبن فى الثديين اذا رشفتها الأم . والأرجح أن هذا الظن صائب لأن رشف البيرة ونحوها معناه اتخاذ المزيد من السوائل . ولذلك قد يفى الماء القراح بالغرض لأن الأمر الجوهرى هو امتصاص السوائل لا رشف البيرا .

قد تتأثر الأم بكلام الزوار فتمتنع عن ارضاع طفلها بدعوى أنها غير قادرة على الارضاع ، أو أنها نحيفة البنية ، أو أن طفلها أقوى من أن تحتمل رضاعته . وكثيراً ما تقول الممرضة أو المربية أن الطفل ليس فى حالة مرضية أو أنه كثير الغازات أو أنه يأخذ أقل من اللازم من اللبن . فلا ينبغى أن تلتفت قط الى هذه الملاحظات بل عليك أن تصرّ على ارضاع الطفل من ثدى أمهِ فى المواعيد المنظمة ، وعارض كل مخالفة لهذه المعصية . وأخيراً نقول أن الأم العصبية المزاج قد تجد الأرضاع مؤلماً لها . فعليك أن تقنعها بعظم فائدة الارضاع الطبيعى لابنها . فان الارضاع الطبيعى ولو أسبوعاً واحداً عظيم الفائدة .

مدرات اللبن — اللاكتاجول المستحضر من بزرة القطن نال شهرة واسعة فى ادرار اللبن وهو يعطى للأم فى اللبن بمقدار ملعقة صغيرة ٣ مرات فى اليوم . ويقال أن لبن الأم المشفوط بالشفّاطة اذا حُقِن به الثديان بحقنة تحت الجلد كان مفيداً . وهو يعطى كل مرة من ٣ الى ٤ دراهم . على اننا لم نختبر استعماله ، وأهم من هذا وذاك تدليك الثدى واستعمال المكمدات الحارة والباردة بالتناوب .

أوقات الارضاع — فى الاشهر التالية للشهر الاول يفضل أن يكون الارضاع كل ٤ ساعات والاّ فالحامض الكاوريدريك لا يكون موجوداً فى

المعدة قبل هذه المدة . وهذا الحامض يكون كمطهّر طبيعى ويعدّ المعدة لقبول الوجبة التالية من الطعام .

العقاقير التى تنفرز فى لبن الأم — فى بعض الأحيان تأخذ الأم مسهلاً فيتأثر الطفل لأن بعض العقاقير تنفرز فى لبن الأم . والمظنون ان الكاسكارا ساجرادا أقلّ العقاقير اتصالاً باللبن . وأما البلادونا والافيون فلا يجوز أن تعطى للمرضع . وكذلك لا يجوز أن تتعاطى البرومورات واليودورات طويلاً .

النساء اللواتى لا يستطعن الارضاع :—

١ — مَن كان عندهنّ مرض عضال كالسل أو ضعف القلب .

٢ — من لم يكن عندهنّ لبن . وهنّ نادرات . والغالب أن قلة اللبن تكون ناشئة عن إبعاد الطفل عن الثدى أو تجنُّب مزاولة امتصاصه .

٣ — المصابات بالتعفن والحميات النفاسية .

٤ — المصابات بالتهابات الثدى الخلالية .

٥ — النساء المختلات العقول

٦ — النساء اللاتى فقدن دماً وافراً فى مدة الولادة .

٧ — النساء الضعاف جداً اللواتى يضرهن الارضاع اضراراً جوهرياً .

٨ — النساء اللواتى يضطررن الى العمل لتحصيل الرزق .

وبعض النساء يأبين أن يرضعن أطفالهنّ لأسباب شخصية. فأقنعهن أن لبنهنّ يخصّ الطفل وأكّد لهنّ خطر الارضاع الصناعى .

كيف يوقف ادرار اللبن — اذا ربط صدر الوالدة برباط شديد يوقف إدرار اللبن. وقبل وضع الرباط يدهن الثدى بمرهم البلادونا ويوضع فوقه غيار من القطن. وتعطى الوالدة مسهلاً ملحياً. واذا تورم الثديان أو انتفخا فاستعمل الشفّاطة قليلاً ولا تستدر من الثديين أكثر من درهم من اللبن . فذلك

يزيل الألم ويندر أن يقتضى الأمر تكراره . ويمتدحون تعاطى جرام من خلاَّت البوتاس ٣ مرات فى اليوم أو ٠,٣٠ من اليودور البوتاسى . ويقال أنهُ بهذه المعالجة يتوقف ادرار الثديين . ثم ان ايقاف ادرار الثديين تدريجاً ممكن بالاستعاضة من الثدى بالرضاعة الصناعية حيناً بعد حين حتى تقوم هذه مقامه أخيراً . وبهذه الوسيلة تتلاشى وظيفة الثديين تدريجاً من غير أن يتعرضا للألم .

وأما شفط الثديين مراراً أو التدليك فخطأ من الوجهة النظرية وضارٌّ من الوجهة العملية .

الأطفال الذين يجب أن يغذّوا بالملعقة : —

١ — أولاً الأطفال المصابون بشق سقف الحلق، أو لهم شفة كشفة الأرنب ولم تعمل لهم عملية .

٢ — الاطفال الذين حول فمهم قرح زهرية أليمة .

المراضع المأجورات — يتعذر جداً أن تكون المراضع المأجورات موافقة . والشرط الجوهرى فى المرضع المأجورة أن تكون خلواً من الأمراض المعدية ولا سيما الزهرى وأن يكون ثدياها سليمين وأسنانها سليمة وقوية ، وأن تكون ذات أخلاق دمثة ، وأن يكون طفلها من سن الطفل الذى ترضعه أو أكبر منه بشهرين على الأكثر ، وأن تكون صحته جيدة .

الارضاع الصناعى — لبن البقر أفضل الألبان للأطفال بعد لبن الأم أو المرضع المأجورة . ويقال أن لبن الحمارة أفضل منه ولكن يندر أن يتيسر . ويمتدحون لبن المعزى أيضاً ولكنه قد لا يتيسر فى بعض الأحوال . أما لبن الجاموس فيجب تخفيفه لاحتوائه على مقدار كبير من الدهن ومن المواد الزلالية تجعله عسر الهضم على الأطفال .

مقارنة لبن البقرة ولبن المرأة وابن الماعز وابن الجاموسة وابن الحمارة

	لبن المرأة	لبن البقرة	لبن الماعز	ابن الجاموسة	ابن الحمارة
الثقل النوعي	١٠٣١	١٠٣٣	١٠٣٠	١٠٣٥	١٠٣٣
الخلاصة الجافة	١٢٤	١٧٠	١٤٠	١٧٥	٩٨
مواد زلالية	١٧	٣٦	٣٧	٥٦	١٧
زبدة	٢٥	٤٠	٤٨	٧٦	١٢
سكر لبن	٧٠	٤٧	٤٧	٤٠	٦٣

الفرق بين لبن البقر ولبن البشر — قد أثبتت المباحث الحديثة فروقاً مختلفة بين هذين اللبنين . فلبن البقر يشتمل على ٣ أضعاف ما يحتويه لبن البشر من البروتاييد وهو نوع من الزلال . ويكون موجوداً على هيئة كازيين وبروتاييد ذواب (لاكتالبيومين) .

الكازيين بروتاييد يحتوى على فوصفور متحد مع الكلس (الجير) ولا يُجَمَّد بفعل الحرارة وانما يُجَمَّد بفعل أى حامض أو بفعل الخميرة .

البروتاييد الذوّاب أسرع أنواع الزلال انهضاماً وهو أكثر فى لبن البشر منه فى لبن البقر. والسكر يوجد فى كلا اللبنين من نوع اللاكتوز على أنه فى لبن البشر ضعفاه فى لبن البقر أو ثلاثة أضعافه .

وأما المادة الدهنية فموجودة فى اللبنين على التساوى. على أن دهن اللبن البشرى معظمه يسيح عند درجة واطئة من الحرارة وهو أسرع انهضاماً واللسيتين يدخل فى تركيب الأعصاب وهو أكثر قدراً فى لبن البشر منه فى لبن البقر.

اللبن البشرى يحتوى على الحامض الليمونى واللبن البقرى خلو منه . وذلك قلوى أو قليل الحمضية وعقيم (أى خال من البكتيريا) . وأما لبن البقر فحمضى لما فيه من المكروبات (الجراثيم) التى قد تبلغ فى السنتيمتر المكعب

نحو ٢٠٠ مليون ، حتى أنه اذا أُخذ اللبن بأدق وسائل التعقيم لا يقل ما فيه من هذه الجراثيم عن ١٢ الف فى السنتيمتر المكعب .

كيف يجب ان نصلح لبن البقر فنجعله كلبن البشر — بعد هذا البيان يسهل استنباط طريقة لتنقيح لبن البقرة وجعله مشابهاً لبن الأم . فقد علمنا : —

١ — أن البروتاييد فى لبن البقر ضعفاه أو ٣ أضعافه فى لبن البشر .

٢ — ان الدهن فى اللبنين متساوٍ تقريباً .

٣ — ان السكر فى لبن البشر ضعفاه أو ثلاثة أضعافه فى لبن البقر .

٤ — البروتاييد غير الذواب فى لبن البقر يكوّن مواد متكتلة أكثر مما يكوّنه فى لبن البشر . على أن مغلى ماء الشعير (اللؤلؤى) يحلل أو يفرق هذه المواد المتكتلة تحليلاً صناعياً (ميكانيكياً) ، وكذلك قمحة من سترات (ليمونات) الصودا فى أوقية من اللبن أو ماء الكلس (الجير) بدل ماء الشعير يحلّلان البروتاييد المتكتّل .

٥ — لبن البقر حمضى لما فيه من الجراثيم فى حين أن لبن البشر قلوى أو ضعيف الحمضية . وكلما كان لبن البقر جديداً (طازا) كانت حمضيته أقل . والأفضل أن يحفظ فى وعاء فخارى فى مكان بارد . وأما ملاشاة حمضية اللبن باضافة بيكربونات الصودا اليه فغير مستحسنة لأن هذه المادة ليست من محتويات اللبن الطبيعية . على أن ماء الكلس يفضل عليه لأنه يحلل البروتاييد المتكتل ويقاوم حمضيته .

٦ — تُتلَف المكروبات بوسيلة من وسائل التعقيم ولكن غلى اللبن يتلف الليبويد Lipoids والخمائر ويزيل مقداراً كبيراً من الفوصفات . وربما كان المزيج التالى أفضل مزيج يمكن تحضيره : —

لبن		١ ½ أوقية
قشدة	(١٥ فى المائة)	١ »
ماء الكلس		½ »
محلول سكر اللبن		١ ½ »
سترات الصودا		٣ قمحات

كيف يعطى هذا المزيج — لا يعطى هـذا المزيج غير مخفف الا بعد اليوم الثالث . ففى الأربعة والعشرين ساعة الأولى أعطِ الطفل هذا المزيج مخففاً باضافة ٣ أمثاله ماء وجبة واحدة فقط . وفى الاربع والعشرين ساعة التالية أعطه منه وجبتين أو ثلاث وجبات . والغرض من هذا المزيج المخفف أن يقوم مقام الكولوستروم . وفى اليوم الثالث أعطه المزيج كما هو غير مخفف بدل لبن الثدى . ونعتقد أن الطفل يعيش على هذا المزيج فى الشهر الأول كما يعيش على أى طريقة أخرى صناعية اذا لم نقل أفضل . ولا يخفى أنه يجب أن يعقّم هذا المزيج كل مرّة قبل استعماله. وأما المقدار اللازم لكل وجبة فيتراوح بين أوقيتين أو ثلاث اواقٍ .

محتويات المزيج — يمكن أن يبدل ماء الشعير بماء الكلس (الجير) . وماء الشعير يحضّر بغلى قدر ملعقتى شاى من الشعير اللؤلؤى فى نحو رطل من الماء الى أن يتبخّر رُبعه ولكن يجب أن يُغْسَل جيداً قبل الغلى . ويجب أن يُحَضّر جديداً صباحاً ومساءً .

ماء الكلس — هو محلول مائى مشبع من الكلس النظيف ويحضّر بمزج الجير النظيف مع الماء فى زجاجة نظيفة ، ثم يُمْهَل حتى يصفو ويطرح الماء الأول والثانى عنـه حتى ينظف من الأملاح الأخرى السريعة الذوبان ،

والأفضل أن يحضّر هذا الماء فى البيت على نحو ما تقدم من أن يُشترى .

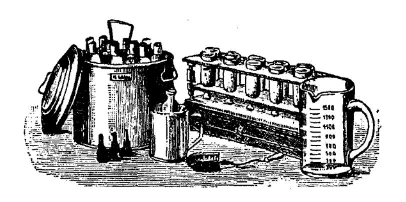
سكر اللبن — يشترى من الصيدليات ومحلوله يحضر باذابة ٣ أوقيات منه فى نحو رطل ماء سخن، ويعقم نحو عشر دقائق ثم يحفظ فى زجاجة مقفلة. ويمكن أن يستعاض منه بسكر دميرارا Demirara القاتم ، بيد انه أحلى ضعفين وأقبل للاختمار ويسبّب غازات .

القشدة — القشدة المحضَّرة فى مصنع اللبن تحتوى على ٤٠ الى ٤٥ بالمئة من الدهن فاذا لم يتسنّ الحصول على هذه القشدة فاحفظ لبناً جديداً نحو ست ساعات وخذ ما طفا عليه من القشدة فهو يحتوى على نحو ١٥ بالمئة من الدهن.

متى صار عمر الطفل شهراً — نعتقد انه بعد الشهر الاول يصبح لبن البقر غير المخفف خير الأغذية الصناعية للطفل. واذا أمكن ارضاع الطفل الشهر الأول على الأقل كان أحسن حظاً لانه فى نهاية الشهر الأول ينتظم عمل الهضم فيه. واذا اقتضى الأمر المحتوم العدول عن الارضاع الطبيعى فيُعطى لبن البقر غير مخفّف، وانما يضاف اليه قليل من السكر. ويسقى بين رضاعة وأخرى ماءً نقياً إيفاءً لما يحتاجه الجسم من السائل . ولا نظن أن الهضم يكون ضعيفاً كما يعتقد العموم. أما اذا خُفّف اللبن بالماء خففت معه العصارات المَعِديّة الهاضمة. ولذلك تكون النتيجة أن اللبن الصرف أصح من اللبن المخفَّف . وقبل أن يُستعمل اللبن يُعقَّم نحو ٢٠ دقيقة فى مُعَقِم سوكسهلت (انظر شكل ٢٥٨)

التغذية بلبن البقر الصرف — فى اللبن الصرف القدر اللازم من المادّة الدهنيـة . فاذا أضيف اليه السكر اشتمل على القدر اللازم من المواد الكاربوهدراتية . وانما الكازيين فيه ازيد من المطلوب . والزائد منه ينصرف من المستقيم (غير مهضوم) ولذلك يكون البراز وافراً . ولا يندر أن يكون

مبيضاً بما امتزج فيه من كتل اللبن غير المهضومة . فلا بأس فى ذلك ما دامت صحة الطفل جيدة ، ويندر أن يكون عند الطفل امساك. أما اللبن ومزيج اللبن اللذان يغذّى بهما الطفل فى الشهر الأول فيجب أن يعقما دائماً قبل التغذية. اما الغلى فيُتلف الخواص المغذية فى اللبن ، وانما التعقيم على قاعدة باستور



(شكل ٢٥٨) جهاز سوكسهلت لتعقيم اللبن .

أقل اتلافاً لها . والغلى لا يقتل بذور الجراثيم . ولذلك يموت بعض الأطفال فى بعض الأحوال من الاسهال الحاد المسمى بكوليرا الأطفال حتى ولو كان يغذّى باللبن المعقّم . على أن هذه الأحوال نادرة ، والخواص المغذية التى فى اللبن المعقم اذا قيست بخواص اللبن المغلى تضمن الوقاية من هذا الخطر النادر. فبالتعقيم الباستورى تهلك الجراثيم المرضية ومن جملتها باشلوس السل وباشلوس التيفوئيد والباشلوس القاولونى . وقبل التعقيم تضاف قمحة الى ٣ قمحات من سترات الصودا الى أوقية من اللبن الصرف .

الماء وأوقات التغذية باللبن الصرف — قلنا آنفاً أن اللبن الصرف قليل السائل (بالنسبة الى اللبن البشرى) ولذلك يحتاج الطفل الى ماء بين رضاعة وأخرى فيسقى منه بالملعقة الصغيرة . وأما الرضاعة فلا ينبغى أن تكون متواترة. يكفى الطفل أن يغذى كل ٣ ساعات فى الثلاثة أشهر الأولى . وبعد شهره الثالث كل ٤ ساعات .

جدول تغذية الأطفال بالارضاع الصناعى لغاية سن سنة واحدة

لبن البقرة

السن	الوزن	عدد الرضعات نهاراً	عدد الرضعات ليلاً	مجموع الرضعات	الفترة بين الرضعات	كمية اللبن فى الوجبة	كمية اللبن فى ٢٤ ساعة
	جرام كيلو				ساعات	جـــــرام	جرام
اليوم الاول	٣٫٠٠٠	٠	٠	٠	٠		
« الثانى	—	٢	٠	٢	٦	٥٠	١٠٠ ويضاف قدرها ماء
« الثالث	—	٣	٠	٣	٨	٥٠	١٥٠ » » »
« الرابع	—	٤	٠	٤	٦	٥٠	٢٠٠ » » »
« الخامس	—	٥	٠	٥	٥	٥٠	٢٥٠ » » »
« السادس	—	٦	٠	٦	٤	٥٠	٣٠٠ » » »
« السابع	—	٦	٠	٦	٣	٥٠	٣٥٠ » » »
الشهر الاول	٣٫٨٠٠	٦	١	٧	٣	٨٠	٥٦٠ » الثلث ماء
« الثانى	٤٫٥٠٠	٦	١	٧	٣	٨٠	٥٦٠ لبن صاف
« الثالث	٥٫١٠٠	٦	١	٧	٣	١٠٠	٧٠٠ » »
« الرابع	٥٫٦٠٠	٦	١	٧	٣	١٠٠	٧٠٠ » »
« الخامس	٦٫١٠٠	٦	١	٧	٣	١٠٠	٧٠٠ » »
« السادس	٦٫٦٠٠	٦	١	٧	٣	١٠٠	٧٠٠ » »
« السابع	٧٫١٠٠	٦	١	٧	٣	رضعتين الواحدة ١٢٥ وخمس رضعات الواحدة ١٠٠ جرام	٧٥٠ » »
« الثامن	٧٫٦٠٠	٦	١	٧	٣	٣ رضعات ١٢٥ و ٤ رضعات ١٠٠ جرام	٧٧٥ » »
« التاسع	٨٫١٠٠	٦	١	٧	٣	٧ رضعات الواحدة ١٢٥ جرام	٨٧٥ » »
« العاشر	٨٫٤٠٠	٦	١	٧	٣	رضعتان ١٥٠ و ٥ رضعات ١٢٥ جرام	٠٢٥ » »
« الحادى عشر	٨٫٧٠٠	٦	١	٧	٣	٣ رضعات ١٥٠ و ٤ رضعات ١٢٥ جرام	٩٥٠ » »
« الثانى عشر	٩٫٠٠٠	٦	١	٧	٣	٧ رضعات ١٥٠ جرام	١٠٥٠ » »

كيفية التعقيم — يشمل جهاز سوكسهلت على منضدة تشتمل على عشر زجاجات موضوعة فى حلة . ويفرّغ اللبن أو مزيج اللبن فى هذه الزجاجات فى كل وجبة أى بين ½ ٢ أوقية و ٥ أواق فى الأشهر الستة الأولى وبين ٥ و ١٠ اواق فى الأشهر الستة التالية . ويُسَدّ فم كل زجاجة بسدادة أو غطاء من المطّاط (الكاوتشوك) . ويفرغ الماء فى الحلة حتى يبلغ نحو ثلثى طول الزجاجات . ثم يغلى هذا الماء . فلا يخفى أن اللبن أو مزيجه لا يَغْلِى وانما تبلغ درجة حرارته الى ٧٥° س فى الدقيقة العاشرة . يبقى مزيج اللبن فى الماء الغالى نحو ١٠ دقائق واذا بقى أكثر من ذلك فقد يفقد خواصه المغذّية . وفى مدة الأشهر الثلاثة الأولى يبقى اللبن الصرف فى الماء الغالى نحو ٢٠ دقيقة وهكذا يتعقم لأن درجة حرارته تقارب درجة الغليان . وبعد الشهر الثالث يكفى أن يبقى نحو ١٠ دقائق . والأفضل اعداد اللبن صباحاً ومساءً . ولا يخفى أن المطاط الذى يغطّى فم الزجاجة يدخل قليلاً فى الزجاجة بعد أن تبرّد وبذلك يحبس الهواء عنها . ولذلك ينبغى أن تبرد اللبن عاجلاً بوضع الزجاجات فى الماء البارد حالاً واذا كانت الزجاجات تتشقق أو تتكسر بانتقالها المفاجىء من درجة الغليان الى الماء البارد نخير أن تنقل الى مكان بارد لتبرد لنفسها .

الارضاع بالرضاعة الزجاجية — متى شاءت المربية أن تغذى الطفل تأخذ زجاجة من تلك الزجاجات المعقمة الباردة وتضعها فى ماء سخن . ثم تنزع عن فمها غطاء المطاط وتضع مكانه حلمة مطاط نظيفة وتلاحظ أن تكون أصابعها نظيفة أيضاً . ويجب تنظيف هذه الحلمات من الباطن والخارج بل يجب غليها أيضاً قبل كل تغذية أو مرة فى اليوم على الأقل ، وحفظها دائماً فى محلول الصودا ثم يغذّى الطفل رأساً من الزجاجة . نعم انه لا منفذ للهواء الذى يجب أن يحل محل اللبن الذى امتصه الطفل ولكن الطفل يتعوّد

من نفسه أن يترك الحلمة هنيهة حتى يدخل الهواء . فاذا لاحظت صعوبة في الامتصاص فلاحظ ان كان ثقب الحلمة ضيقاً أو واسعاً كفاية ووسّعه حسب الاقتضاء . ولا يخفى أن التغذية بالرضّاعة تستغرق وقتاً طويلاً حتى نصف الساعة ولكن لا بأس في ذلك . على انه يجب أن يستمر الطفل راضعاً حتى النهاية من غير أن ينام في خلال ذلك ثم يصحو ويعود الى الرضاعة ثانية .

بعد الشهر السادس — تظهر الأسنان الأولى في الشهر السادس وعندئذٍ يجب أن يضاف الى اللبن شيء من أغذية الأطفال كغذاء ملِن أو بنجر . وذلك بأن يضاف نحو ملعقة صغيرة من أحد هذه الأغذية الى قليل من اللبن ويغليا معاً نحو عشر دقائق ثم يضاف هذا المزيج الى لبن الرضاعة ومن الشهر الثامن أو التاسع أو العاشر يفطم الطفل عن الثدي أو الرضاعة .

غذاء الأطفال الضعفاء — ربما كانت أمهات بعض الأطفال الضعفاء لا يستطعن عمل هذا المزيج الذي نفضله أو اقتناء معقم سوكسهلت . فاعطهنّ أو صف لهنّ زجاجةً أو مقداراً من سترات الصودا وهنَّ يبتعنَ السكَّر وبعد ذلك يمكن أن يُحَضّرنَ هذا الغذاء الصناعي : —

لبن	درهم ونصف
ماء الشعير اللؤلؤي	٣ دراهم
سكر	ملعقة صغيرة
سترات الصودا	٣ قمحات

والغرض من سترات الصودا أن يجعل قسماً من الكازيين غير عامل عمل غذاء، وان عدّ هذا القسم في الأمعاء كنفاية منبّهة لعمل الأمعاء. ولا تستمر على اعطائه اذا اقتضى الأمر تقوية الطعام .

وفى امكان الأمهات أن يَضَعْنَ هـذا المزيج المذكور آنفاً فى زجاجة والزجاجة فى حَلّة محتوية على ماءٍ باردٍ ثم يغلى ماء الحلّة نحو عشر دقائق . واذا لم يتسَنّ ذلك أمكن وضع الغذاء نفسه فى حلّة صغيرة وتسخينه حتى تبلغ حرارته درجة ٧٥° س . ثم يبرَّد حالاً بوضع الحلّة كما هى فى ماءٍ بارد . ويجب أن يحفظ هذا المزيج فى زجاجة نظيفة مقفله توضع فى ماءٍ بارد .

حفظ الزجاجة والحلمة نظيفتين — هذا أمر ضرورى وجوهرى فى تغذية الأطفال . لأن بقايا اللبن حول الحامة وفى الزجاجة الرضاعة تكون مرعًى للجراثيم حتى اذا دخلت مع اللبن الى جوف الطفل فى غضون رضاعته جعلت فيه عفونة معوية ومَعِدِيّة .

تغسل الزجاجات بالماء البارد وتفرك بفرشاة من الداخل والخارج قبل التغذية وبعدها وتحفظ فى محلول الصودا حين لا تستعمل . ولا يجوز أن يكون للزجاجة أنبوبة مطاط . والأفضل استعمال زجاجتين بالتناوب وأن تُغليا مرتين فى اليوم على الأقل . والحامتان تغسلان جيداً قبل التغذية وبعدها من الخارج والداخل وتغليان مرة فى اليوم على الأقل وتحفظان فى محلول الصودا .

وضع الطفل فى أثناء التغذية — دع المرضع تحمل الطفل على ذراعها . ولا يجوز ان يرضع وهو فى مهده .

التغذية المختلطة — اذا لم يزدد وزن الطفل من جرّاء الاقتصار على التغذية من الثدى وحده يُعطى أحياناً الغذاء من الزجاجة المحتوية على مزيج غذاء مِلبن أو غذاء بنجر على أثر انتهائه من رضاعة الثدى .

الفطام — لا يجوز أن يُفطم الطفل أى يمنع من الثدى دفعة واحدة بل يكون منعه تدريجاً وفى مدة غير قصيرة والاَّ تعرّض لأشد الأمراض الهضمية . ويبدأ الفطام عادة بعد الشهر الثامن فتصير به التغذية مختلطة .

ويبتدئ ذلك بأن يُعطى اللبن بالملعقة مرة فى اليوم . فاذا بقى سليماً معافاً يُعطى اللبن بالملعقة ويلقم الثدى بالتناوب . وأحياناً يمكن أن يلقم الرضَّاعة الزجاجية بدل الملعقة وفى هذه الحالة يُفطم عن الرضَّاعة الزجاجية فى الشهر الثانى عشر. على أن الفطام بهذه الكيفية يستغرق شهرين أو ثلاثة .

لا تفطم الطفل عن الثدى فى فصل الحر حين تكثر حالات الاسهال بل انتظر حتى ينتهى فصل الإسهال . ولا داعى لابطال الارضاع متى بدأت المرضع تحيض .

﴿ أحوال الطفل الصحية العمومية ﴾

الهواء الطلق — الهواء الطلق ضرورى للصحة . فننصح بأن يُخْرَج بالطفل الى الهواء الطلق فى شُرْفة محجوبة عن الريح بعد الأسبوع الأول الاّ اذا كان مطر أوكان الهواء رطباً أو بارداً جداً. وكلما أُعجل فى اخراج الطفل فى مركبة اليد (الأفضل أن يكون ذلك فى الأسبوع الثالث) كان أفضل لحصوله على الهواء النقى ، ولأنه أسهل على المربية أن تدفع المركبة أمامها من أن تحمل الطفل على ذراعها ، وذلك أفضل له أيضاً . ولهذا لا تملَّ المربية البقاء مدة أطول فى الهواء النقى . بل يحسن جداً أن يبقى الطفل فى نور الشمس معظم النهار ما عدا أوقات التغذية اذا كان الطقس معتدلاً .

أما الغرفة التي تخصص للطفل فيجب أن تكون مفتوحة الشباك نهاراً وليلاً صيفاً وشتاءً . مع ملاحظة أن يكون مهده بعيداً عن مجرى الهواء وأن تكون الغرفة دافئة .

الحمام — تحامياً لابتلال حبل السرَّة يفضل أن يكون ماء الحمام قليلاً حتى لا يبلغ الى السرَّة الى أن يسقط ذلك الحبل. ولا ينبغى أن يغطس الطفل فى الماء قبل سقوط الحبل . وكذلك لا ينبغى أن يفرك بالمنشفة لأن جلده

لا يزال رخواً فلا يحتمل الفرك بل يكفى أن يُلَفَّ بمنشفة مدفأة تمتص الماء عن جلده وبعد ذلك يُذرَّ على أربية الفخذ والاليتين وتحت الابط بعض المساحيق كالمسحوق الآتى : —

مسحوق البوريك	١	جزء
اوكسيد الزنك	٣	أجزاء
نشـاء	٦	أجزاء

ومتى سقط حبل السرَّة — وهو يسقط عادة بين اليومين الخامس والعاشر — يحمَّم الطفل مرتين فى اليوم صباحاً ومساءً بحيث تكون درجة الحرارة نحو ٣٢°س . ولا ينبغى أن يغطّس الرأس بل يُلْقَى على الذراع .

العناية بالعينين والفم — يجب أن تُمسح عينا الطفل السليم بالقطن والماء الدافئ صباحاً ومساءً ، وأن يُغسل الفم ثلاث مرات فى اليوم بالقماش أو القطن المشبَّع بالماء الدافئ أيضاً . وذلك بأن يكسى الأصبع بأحد هذين ويُمسح به الفم بلطف .

العناية بحبل السرة — يجب أن يُضمَّد الحبل يومياً . فيُذَرُّ عليه المسحوق أولاً . ثم تأخذ غياراً أو قطعة قطن وتثقب فى وسطها ثقباً ليدخل فيه طرف الحبل ثم تضعها على السرَّة بحيث يبرز حبل السرة منها وتَذُرّ عليها المسحوق بكثرة وتطويها ثم تحفظها مكانها بواسطة حزام أو رباط . فاذا بقى هذا الحبل جافاً سهل سقوطه .

العناية بقلفة الصبى — يجب أن تُقلب قلفة الصبى وتغسل حشفة القضيب كل يوم بأسفنجة . وفى أيام قليلة تستطيع المربية أن تقلب القلفة تماماً بسهولة ومن ثَمَّ يجب أن تقلبها عن الحشفة وتغسل هذه كلما حمَّمتِ الطفل . واذا

وُجدت صعوبة فى ذلك أو كانت القلفة ملتصقة بالحشفة فعمليـة الختان خير علاج .

النوم — يجدر أن يبقى الطفل فى مهد خاص به متى لم يكن خارج المنزل الاّ اذا كان يُغذَّى . أما اذا تعوَّد أن ينام الى جنب أُمه فى سريرها يتعذّر عليـه بعد ذلك أن ينام فى مهد خاص به ويزعج ذويه بصراخه ويبقى متأرقاً قَلِقاً . لا تدع الزوّار يتداولون الطفل لئلاَّ يفسدون نظام نومه فيجب أن يُعاد الى مهده حالما يفرغ من الرضاعة . وهَزُّ المهد بعد الرضاعة ضارٌّ جداً . لا ينبغى أن تُدفأ الغرفة فى الشتاء خاصة لأجل الطفل والاّ اقتضى الأمر أن تُدفأ له دائماً . ودرجة الحرارة التى توافق الكبار توافق الأطفال أيضاً . ويجب أن ينام الطفل ووجهه مكشوف للهواء ومن الخطأ أن يُغطى وجهه بحرام أو بغشاء خفيف كما يُفعل حين يكون فى المركبة خارج المنزل .

ملابس الطفل — من أفظع الأغلاط أن يُكسى الطفل بملابس ثقيلة لأنهُ اذا ثقُلَ كساؤه عَرِق . والطفل كلما ندى جبينه بالعَرق كان نكِداً . وكذلك لا ينبغى أن تكون ملابسه ضيّقة تمنع حركتهُ بل يجب أن تكون متسعة ولا سيما حول صدره وبطنه تسهيلاً لتنفسه . ولذلك يمنع القماط الشديد منعاً باتًّا . ولا يخفى أن الرياضة البدنية ضرورية للنمو فلذلك يجب أن يكون بدن الطفل حُرًّا بحيث يستطيع الرفس برجليه وتحريك ساعديه .

الصراخ — لا يكون صراخ الطفل دائماً نذيراً بجوعه ، فقد يكون عطشاناً . فاذا أُعطى ملعقتين أو ثلاث ملاعق صغيرة من الماء البارد النقى يسكت . والاّ فان لم يسكت فلربما كان بدنه حارًّا أكثر من اللازم ، أو تكون قدماه باردتين . أو قد تكون خرقته مبتلة أو أن دبوساً وخزه أو برغوثاً قرصه . أو قد يكون منزعجاً من شدة الاهتمام به فى حين انهُ نعسٌ .

ويغلب أن تغيير موقع المهد يوقف الصراخ . فاذا استمر يصرخ بعد افتقاد كل هذه الأسباب فلا يغب عليك أن الصراخ حينئذٍ نذير بانحراف صحة الطفل .

معلومات عامة عن حالة الطفل الطبيعية — فى الأسبوع السابع يشرع الطفل يلاحظ ويسمع . فاذا التفت للصوت لا يكون أصم ولن يكون أبكم

فى الشهر الثالث يشرع يرفع رأسه .

بين السادس والثامن تبدو سِنّان فى مقدم فكه الأسفل وهما القاطعان السفليان . أما قواطعه الأربع التى فى فكه الأعلى فتبدو بين التاسع والثانى عشر .

فى الشهر الثامن يجب أن يتعوّد الطفل أن يبقى بلا خرق . فتنزع خرقه فى أول الأمر بعض ساعات على بضعة أيام ثم تلغى تماماً . وبهذه الطريقة يتعوّد البول والتغوّط بانتظام .

فى الشهر الثانى عشر يشرع يمشى .

بين الثانى عشر والثامن عشر يشرع يتكلم .

الأطفال الناقصة المدة — الأطفال الذين يولدون قبل الميعاد يعيشون فى صحة جيدة مدة اسبوع أو اكثر وبعد ذلك تنحرف صحتهم وقد يموتون فجاءة . والراجح أن السبب الرئيسى هو نقص السوائل . ولذلك يجب أن يُلَفّوا بأكسية من القطن السميك . أو يوضعوا فى محضن حرارته تساوى حرارة الجسم . وهم يعرقون ولهذا يخسرون سوائل فضلاً عما يخسرونه فى البول والغائط . ولا يخفى أن معداتهم صغيرة جداً . وقد يستغرق الطفل منهم ساعة فى تجرُّع ملعقة من السائل . ولهذا ننصح بأن يُعطى هذا الطفل الماء فى المستقيم بواسطة الحقنة فضلاً عما يعطاه منه فى الفم على هذا الأسلوب :

فى اليوم الأول — يُعطى الطفل الماء فى الفم مع الكولوستروم وملعقة

أو ملعقتين من مصل اللبن الممزوج بالببتون ثم ٣ أو ٤ حقن بنصف أوقية من محلول الملح الطبيعى ($\frac{٧}{١٠٠٠}$) يُحقن بها الطفل بأن يُمسك بساقيه ويُقْلَب رأساً على عقب ويُدخل فيه السائل تدريجاً .

فى اليوم الثانى — يُعطى أربع مرات مصل اللبن الممزوج بالببتون والكولوستروم ويُحقن كما تقدم .

فى اليوم الثالث — يُعطى المصل المذكور الآ اذا كان لبن الأم قد درّ . فاذا كان الطفل يعجز عن مص الثدى يُحاب اللبن بشفّاطة ويُعطى للطفل بالملعقة أو بواسطة انبوبة زجاجية ويحقن كما تقدم .

بعد اليوم الرابع — يُعطى ٣ حقن يومياً كل حقنة نصف أوقية حتى يصبح قادراً على أخذ الكافى من السائل . وفى هذا اليوم لا بد أن يصبح الثدى مدراراً . والاّ فيُعطى الطفل مزيج اللبن (الذى تقدم وصفه) وانما يجب أن يخفف بمثله ماء . وأما درجة الحرارة العالية اللازمة للطفل فيمكن الحصول عليها فى محضن (incubator) . ويُلف الطفل بالقطن ويوضع على وسادة من الريش دافئة ويُغطّى بوسادة أخرى كبيرة لكى يبقى دافئاً . ويوضع تحت المهد ٣ أوان مملوءة ماء سخناً .



الفصل الثلاثون

﴿ الطفل العليل ﴾

وصفنا فى الفصل الآنف الطفل الصحيح السليم وبحثنا فى كيفية تربيته . بقى أن نبحث فى حالة الطفل العليل. لا يندر أن تكون أعراض علل الأطفال ظاهرة حتى اذا دعى الطبيب لا يلبث أن يكتشف العلة ويشرع فى العلاج حالاً . وكذلك لا يندر أن تكون الأعراض غامضة بحيث لا يتنبَّه الظن الى موضع العلة .

كيف نستدل على تقدم الطفل بواسطة وزنه — الطفل السليم يزداد وزنه على معدل ٧ أوقيات فى الأسبوع فى الأشهر الثلاثة الأولى . وانما تحصل هذه الزيادة على الغالب متى كان الطفل يرضع من الثدى . والغالب أن معدل الزيادة غير نظامى ، وأنما يجب أن يكون فى الأسابيع الثلاثة الأولى من ١٥ الى ٢٠ اوقية والاّ كان ثمَّت ريب فى صحة الطفل . فاذا كان وزن الطفل حين يُولد ٧ أرطال وجب أن يكون فى نهاية الشهر الثالث ١٠ أرطال و ١٢ رطلاً فى نهاية الشهر السادس ونحو ٢٠ رطلاً فى نهاية السنة .

كم يجب أن يوزن الطفل — يجب أن يوزن الطفل مرة كل أسبوع فى الأشهر الثلاثة الأولى واقل من ذلك بعدها . والواجب أن يوزن دائماً بنفس الملابس التى يُوزن بها كل مرة فى ميعاد معيَّن من اليوم ولا تزنه فى هذا الأسبوع قبل الغذاء وفى الأسبوع التالى بعده .

زيادة الوزن فى حالة التغذية الصناعية — يغلب الاّ يزيد الوزن كثيراً

فى هذه الحالة فى الشهر الأول . واذا رأيت وزنه يزداد كالواجب وثقت من حسن العناية به .

أهمية الوزن — نزكّى القول السابق وهو أن وزن الطفل خير اختبار لتحقيق نموّه . فقد يبكى ويصرخ حيناً بعد حين أو تبدو عليه علائم المغص أو تكون امعاؤه ممسكة ولكنه مع ذلك يزداد وزناً اسبوعاً بعد اسبوع فلا داعى للقلق من جراء طبيعة الغذاء الذى يتغذّاه . على أنه لا مندوحة من الانتباه الخاص الى كمية الغذاء والى اسلوب العناية فى تربيته . ولا يندر أن الأطفال الذين يتغذون غذاءً قلّت فيه عناصر اللبن يسمنون وينتفخون ، ولكن لا يكون لحم بدنهم شديداً بل يكون رخواً . فلا ينبغى أن يعتبر هذا الانتفاخ صحة وعافية .

والقاعدة الرئيسية فى تغذية الطفل ألاّ تتغيّر طبيعة غذائه ما لم تبدُ أدلة أكيدة على أنه لا يزداد وزناً أو أنه ينقص وزناً ، لأن أى تغيير فى كيفية الغذاء يعرّض الطفل للاضطراب الهضمى بضعة أيام ريثما يتعوّد النوع الجديد من الطعام . فان لم يزدد وزناً يُعْتَبَر سقيماً والأرجح ان تبدو عليه أعراض السقم أو العلة .

فحص الأطفال الأعلاّء — اذا اقتضى فحص جسم الطفل وجب تعرية جسمه والاّ تعذّر اكتشاف ما فيه من علة أو خلل صحى .

جسّ أطرافه بكف دافئة وابحث عن علامات الزهرى فيه مثل غضاضة أطراف العظام (الألم عند الجس) أو كوجود فقاقيع فى الكفين أو الأخمصين . ابحث عمّا اذا كان هناك ضيق فى القلفة يجعل الطفل يصرخ طويلاً بعد البول ويعرضه للفتق . لاحظ وَرِكَى الطفل وانظر ان كانا أحمرين فان حمرتهما تُصحَب عادة بالإسهال . وافحص اربيتى الفخذين لترى ان كان الجلد

ناعماً وغير مسلّخ . وكذلك افحص باطن الفخذ لعله مسلّخ بسبب الخرق اذا كانت خشنة، أو كثيرة ومتلبدة، أو لم تتغيّر على أثر ابتلالها حالاً. ثم افحص البطن . وكذلك افحص الصدر وانظر ان كان تكوّنه نظامياً ولاحظ النفس لعله سريع وتحقّق ان كان ثمت انخفاض فى الضلوع السفلى فى أثناء التنفس . وفى الأطفال الكبار لاحظ علامات الراشيتزم وافحص الضلوع للبحث عن الارتفاعات الخرزية الراشتزمية ثم الضلوع الخرزية . تسمّع الرئتين بالسّماعة وافحص القلب . ثم افحص الرأس وجسّ على الخصوص اليافوخ المقدم لترى ان كان مستوياً مع سائر الرأس كما يجب أن يكون فى حالة الصحة أو انه منخفض كما يكون عادة فى حالة الاعتلال أو منتفخ كما يكون فى حالة الالتهاب السحائى . ولا يخفى عليك ان انخفاض اليافوخ المقدم دليل يوثق به على اعتلال صحة الطفل. جسّ الجبهة لترى ان كانت مندّاة فان استنداء مقدم الرأس يدل إما على أن الطفل دافئ اكثر من اللازم أو أنه كسيح. تحقق الحرارة بوضع المقياس فى أربية الفخذ ودع الفخذ منثنياً عليه ٥ دقائق . ولاحظ ان كان فى الرأس زكام أو بَرْد . افحص الفم وانظر رباط اللسان ولاحظ شق سقف الحلق وانظر ان كان هناك قلاع فى الفم . ثم اضغط على اللسان بطرف ملعقة صغيرة لترى الحنجرة. ولا يخفى أن الطفل يصرخ حينئذٍ فدعه الى أن ينتهى صراخه .

أهمية الفحص — يجب أن تفحص الخرق الملوثة بالبراز لترى لون البراز هل هو أصفر أو مخضّر وهل يحتوى على بقايا لبن متكتل ودهن غير مهضوم أو مادة لزجة ومخاطية أو على دم . ولاحظ أيضاً البول فقد يكون ملوّناً الخرق بلونه وهو ما ينبئك أن الطفل لم يتجرع ماءً كافياً .

ثم انتبه لأمر غذاء الطفل. فان كان يرضع الثدى فابحث ان كانت حامتا

الأم متورمتين. واسأل الأم عما اذا كانت تُعنَى بتنظيف حلمتيها وعن مرات الرضاعة ومواعيدها ولاحظ كيف تُرْضِع. وان كان الطفل يتغذّى من الرضاعة الصناعية فسل كم مرة يتغذى بها وكيف يُعَد الغذاء الصناعى له. وافحص الرضاعة وحلمتها وسل كيف يحضَّر الحليب وكيف تنظف الزجاجات.

ثم حقق الوسائل الصحية العمومية. وابحث عن شهوة الطفل للطعام وعن لبسه ونومه وتنفسه الهواء النقى وعدد مرات تغوّطه.

وسل ان كان الطفل يصرخ كثيراً. وانتبه كما تقدم القول الى مخاوف الأم وأقوال المربية وجميع من يُعْنى بالطفل.

قيمة هذه المعلومات — بعد ذلك لا بد أن تحصل على رأى صائب بشأن العلة وأسبابها. ولا بدع أن يحدث خطأ فى تشخيص بعض الحوادث. ولا يخفى أن اعتلال طفل لوالدين سليمين يرجّح أن يكون نتيجة سوء التدبير على أن يكون لعلة رئيسية فيه.

فاذا اكتشفت خطاءً فى التدبير فألق تعليمات وثيقة له فى المستقبل. وخليق بالطبيب المعالج أن يكثر من هذه التعليمات الضرورية الجوهرية والاّ فقد تطّلع الأم على مثل هذه التعليمات فى بعض الكتب الصغيرة فترمى طبيب طفلها بالجهل حينئذٍ.

﴿ أسباب الاعتلال والعلاج ﴾

(١) الأسباب المختصة بالتغذية

١ — قد يكون الغذاء أقوى من احتمال الطفل.

٢ — قد يكون أضعف من حاجته.

٣ — قد يكون الغذاء معطى بأسلوب غير موافق.

٤ — قد يكون الطفل عاجزاً عن الامتصاص كالواجب .

٥ — قد لا يكون الطفل مستوفياً حاجته من السوائل .

٦ — قد يكون الطعام غير موافق .

٧ — وقد يصحب هذه الأسباب المغص أو القيء أو الاسهال أو الامساك .

٨ — قد يكون الطفل محفوظاً في حرارة أعلى من اللازم . أو في غرفة فاسدة الهواء أو أنهُ لم ينل حاجته من الهواء النقي .

٩ — قد يكون مصاباً بمرض عمومي .

(١) **حين يكون الغذاء أقوى من طاقة الطفل** . قد لا يزداد الطفل وزناً بسبب أن غذاءه أقوى من اللازم . ويمكن أن يأتي ذلك من الارضاع الطبيعي وانما يغلب أن يتأتى من الارضاع الصناعي . ويكثر أن يتقيأ الطفل بعد كل تغذية وربما تقيأ كل ما في معدته غير مقتصر على تقيؤ ما زاد من الغذاء . ويرجح أن يكون عنده امساك أو اسهال ومغص بدليل شدة صراخه وارتداد ساقيه الى بطنه وتوتر بطنه .

التشخيص — ان في البراز العلامات الكافية . فاذا كان الغذاء أقوى مما يستطيع الطفل هضمه ظهر فيه كُتَلُ لبن ودهن غير مهضومة . فإما أن يكون فيه كتل منفصلة أو أن تمتزج هذه المواد غير المهضومة بسائر البراز فتجعله مبيضاً أو قليل البياض . فهذه العلامات تظهر غالباً في حين يتغذى الطفل بالارضاع الصناعي . ولهذا يجب أن ينتبه اليها انتباهاً خاصاً في هذه الحال .

وكذلك نكرر هنا القول وهو أنه حينما يغذى الطفل لبناً بحتاً تكثر في البراز هذه الظواهر . ومع ذلك يمكن أن ينمو ويزداد وزناً . ولذلك لا تعد هذه الظواهر مرضية دائماً .

العلاج — خفف مزيج اللبن . ابدل ماء الجير بماء الشعير لأن الأول

يساعد الهضم أكثر من الثانى أو يقلل مقدار تكتل اللبن وجرّب التغذية كل ٣ ساعات ونصف بدلاً من ٣ ساعات . والغرض من ذلك إراحة المعدة ناهيك عن أن الغشاء المخاطى يغتسل بالحمض الكلوريدريك الحر .

فاذا لم تنجح هذه الوسائل وبقى الطفل عليلاً كان الغذاء غير موافق . فجرب اعطاء اللبن المخفف مدة ٣ أيام أو أسبوع . على أنه لا يظهر دائماً التحسن فى الحال من جراء الطعام الذى يكون موافقاً .

(٢) *قد يكون الطعام ضعيفاً* — قلّما يكون ضعف الغذاء سبباً للاعتلال فى حالة التغذية بالرضّاعة . وأما لبن الثدى فقد يكون ضعيفاً لقلة كمية عنصر واحد فيه كالمادة الدهنية مثلاً . وفى هذه الحالة يجب أن يحلل جزء من اللبن لتحقق نسبة مواده .

الأعراض — لا يكتسب الطفل وزناً . ويصرخ ويئن من الجوع حتى اذا انتهى غذاؤه لا يستطيع نوماً بل يستمر يئن متأرقاً . ويمكن أن يعتريه الامساك . وكثيراً ما تظهر الأدلة على نيله القليل من السوائل ومنها كون البول يصبغ الخرق، وجفاف البراز . وفى بعض الأحوال ترتفع حرارة الطفل .

العلاج — ان كان الغذاء بمزيج اللبن فأضف ملعقة صغيرة أخرى من السكر والقشدة الى الأوقيات الست . ولا يحتمل أن تدل النتائج على أن هذا المزيج يكون ضعيفاً . ولكن اذا دلّت فأنقص كمية ماء الشعير أو ماء الجير . وقبل كل شىء استوثق ان كان الطفل يرضع كالواجب ويأخذ القدر الكافى من الغذاء .

واذا كان الطفل يتغذى من اللبن وماء الشعير فأعطه زيت السمك (زيت كبد الحوت) ١٠ نقط ٣ مرات فى اليوم . وانقص مقدار ماء الجير .

واذا كان الطفل لا ينال لبناً كافياً من الثدى فيعوّض مما ينقصه بملعقة

أو ملعقتين أو ثلاث ملاعق صغيرة من لبن البقرة الصرف من غير اضافة سكر أو ماء ، وذلك بعد أن يكون قد رضع كلما فى الثدى الواحد . ويمكن تعقيم لبن البقرة بسهولة بوضعه فى ملعقة ورفعها فوق لهيب مصباح كحُلى الى أن يغلى اللبن فى الملعقة. وهذه الطريقة، أى طريقة التعويض بلبن البقرة، أفضل جداً من التعويض بالأغذية المصنوعة واعطائها بواسطة الرضّاعات الزجاجية . وذلك لأن لبن الأم الحيوى أو الحى يعير لبن البقر الميت الخمائر التى تحييه . كذلك انتبه لصحة الأم المرضع وغذائها .

٣ — *قد تكون كيفية التغذية غير موافقة* — ان اختلاف مواعيد التغذية لأعمّ الأسباب فى عدم تقدم الطفل الصحى. فان بعض الأمهات ترضع الطفل حالما يبكى سواء حان ميعاد ارضاعه أم لم يحن . نعم أن الارضاع يسكت الطفل مؤقتاً ولكنه بعد حين يبكى ثانية فيلقم الثدى مرة أخرى . وقد لا يعاد الى مهده بعد الرضاعة لكي يرتاح أو ينام بل يقدّم للأقرباء أو الأصدقاء أو الزوّار لكى يروه وربما جعلوا يرقّصونه .

وقد أشرنا آنفاً الى أهمية النظافة فى حالة التغذية . وليس فى الامكان المبالغة فى حثّ المرضع أو الأم على ذلك .

ثم قد يمكن أن يغذّى الطفل بسرعة . ولهذا يتقيّأ الأطفال النهمين اللبن بعد التغذية .

ماذا يجب فعله — حثّ المربية أيّاً كانت على تنظيم مواعيد التغذية وعلى إراحة الطفل بعدها .

تحقق جيداً اذا كانت الأم أو المربية تعنى العناية التامة بأمر النظافة فى أثناء التغذية .

واذا كان الطفل نهماً جداً ويزدرد غذاءه بسرعة قلْ للأم أو المرضع أن

تضغط على الحلمة قليلاً بحيث لا يندفق اللبن الى فم الطفل غزيراً . وفي حالتي الارضاع الطبيعي أو الصناعي يحسُن جداً أن يمنع الطفل النهم عن الحلمة نحو دقيقة أو برهة في أثناء تغذيته لكي يرتاح .

٤ — **قد يكون الطفل عاجزاً عن الامتصاص كالواجب** — الأسباب :

(١) انكماش الحلمة داخل الثدي . (٢) انسداد الأنف بالثدي .
(٣) الشفة الأرنبية . (٤) انشقاق سقف الحلق . (٥) رباط اللسان .
(٦) الولادة قبل الميعاد الطبيعي . (٧) ضيق الثقب في حلمة المطاط .

رباط اللسان الحقيقي ليس أمراً نادراً بل يحدث كثيراً . ويعالج بسهولة بقص القيد اللساني بالمقص. ولا خطر من قطع الشريان اللساني . ويجب أن يكون طرفا المقص غير مستدقين وأن يكونا مماسين لسطح اللسان . وأما نزف الدم فيوقف بضغط قليل من القطن على مكان القطع . وعلى الطبيب أن يبقى حتى ينقطع النزف بتاتاً .

الشفة الأرنبية وانشقاق سقف الحلق — بعض الجرّاحين يشيرون بالعملية في الشهر الاول لهذين العيبين تلافياً لنقص التغذية الذى ينجم عن سوء استعمال الملعقة .

٥ — **قد يكون ما يأخذه الطفل من السوائل قليلاً** — ان اعترى الطفل امساك وجفاف في البراز وكان البول يلوّن الخرق كان المعنى ان الطفل لم ينل حاجته من السوائل . ولهذا يصرخ ويبكي من العطش وهو يسكت عن البكاء اذا سقي ماءً .

ماذا يجب فعله — اعطِ الطفل عدة ملاعق صغيرة من الماء المغلي طالما يقبله ولا سيما اذا كان يغتذى اللبن الصرف . أعطهِ الماء غير محلّى وبالملعقة وليس من الزجاجة ، فان الزجاجة تغريه على الشرب اكثر من اللازم .

٦ — **قد يكون الطعام غير موافق** — اذا لم يزدد الطفل وزناً بالرغم من العناية بنظافة الطعام ومقداره وتنظيم مواعيده كان السبب ان الطعام نفسه غير موافق ولذلك يجب تغييره .

العلاج — يجب أن يعالج الطفل كما يُعالج البالغون الذين لا يغتذون جيداً أو المصابون بسوء الهضم . ولذلك اجتهد بأن تكتشف ما لا يلائم الطفل من الطعام وما يلائمه. ونعتقد أنه من الخطأ أن نعتبر الأطفال متشابهين فى جميع الاعتبارات . بل بالعكس أنهم كالبالغين مختلفون فى كثير من الاعتبارات .

فاذا ظهرت أعراض الاضطراب الهضمى كالقىء ونحوه يمكن استعمال ماء الجير لأنه مضادٌ للحامض ومسكّن لألم المعدة . ويمكن أن يستعاض من ماء الجير بالماء العادى المشتمل على قمحة من بيكربونات الصودا لكل أوقية من الطعام لأنه مضاد للحامض . بيد أن البيكربونات لا تؤثر فى مقدار التكتل ولكنه باتحاده مع الزائد من الحامض الكلوريدريك يجعل اللبن أسهل هضماً . وسترات الصودا من محتويات لبن الأم الطبيعى ولكنه لا يوجد فى لبن البقرة . فاذا أعطى منه نحو ٣ الى ٥ قمحات قوّى تأثير الهضم . ثم ان ماء الرز يفيد حين تكون الامعاء رخوة وأميل الى الاسهال . وبالعكس ماء دقيق الشوفان (Oatmeal) يفيد حين يخشى من الامساك . وهو يحضّر كما يحضّر ماء الشعير اللؤلؤى . واما ماء الرز فيحضر بغلى ملعقة من الرز فى نحو رطل من الماء مدة عشر دقائق ثم يصفّى . وأخيراً نقول ان الماء القراح أفضل المخففّات على الغالب .

الدهن — قد يُعطى الطفل من المادة الدهنية أكثر من اللازم أو أقل .

الدهن الزائد عن اللازم — يدل عليه ضعف الشهية ولزوجة البراز واحتوائه على فضلات بيضاء من الدهن غير المهضوم . فالقشدة التى فى لبن

البقرة يندر أن توافق الطفل . والأرجح ان سبب ذلك كونها تحتوى من الدهن الذى يسيح فى درجة واطئة من الحرارة أقل مما يحتوى اللبن البشرى . ففى هذه الحالة قلّل من هذه القشدة الدهنية (ويفضل أن تقلّل السكر ايضاً) . ومن السهل أن تقلل مقدار الدهن فى مزيج اللبن بأن تنقطع عن اضافة القشدة . فان لم يكن هذا الانقاص كافياً فيسهل أن تقلل الدهن أيضاً إما بمخض اللبن أو بتركه بعد الغلى فى مكانٍ بارد حتى تعوم القشدة فوقه فتفصلها عنه . ومقدار ما ينفصل من القشدة عن اللبن يتوقف على مقدار المدة التى يترك فيها اللبن لنفسه فى المكان البارد . فاذا ترك نحو ساعتين كان نصف اللبن الأعلى فى الوعاء يحتوى من الدهن على ضعف نصفه الأسفل بالتقريب . ثم ان اللبن المتكتل يشتمل على مقدار وافر من الدهن . ولذلك يشتمل مخيض اللبن أو مصله على دهن أقل من اللبن قبل المخض . والحقيقة ان شرش اللبن يحتوى على ½ بالمئة من الدهن فى حين أن لبن البقرة يحتوى على ½ ٣ الى ½ ٤ بالمئة منه . فاذا كان الطفل قد فقد الشهية الى الطعام أو ظهر معتلاًّ أو كان يتقيّأ طعامه بين وجبة وأخرى وكان برازه لزجاً أو جامداً وجب تقليل المادة الدهنية فى الطعام بالامتناع عن اضافة القشدة الى مزيج اللبن ثم تفصل القشدة وأخيراً اذا بقيت أعراض سوء الهضم فعد الى شرش اللبن .

نقص الدهن — قد يكون نقص الدهن سبباً فى عدم نموّ الطفل . فان لم يزد وزن الطفل الاّ قليلا أو بتاتاً ولم تظهر أعراض سوء الهضم فيحتمل أن اضافة الدهن الى غذاء الطفل تفيده . فلذلك أضف الى غذائه إما القشدة أو زيت كبد الحوت . وابتدئ بنصف ملعقة صغيرة من القشدة أو بخمس نقط من هذا الزيت لكل وجبة من الطعام . حتى الطفل الذى

يرضع الثدى تتحسن صحته اذا أعطى نحو عشر نقط من زيت السمك ٣ مرات فى اليوم .

السكر — قد يكون سكر غذاء الطفل أكثر أو أقل من اللازم .

السكر الزائد عن اللازم — وفرة السكر كوفرة الدهن تزيد أعراض سوء الهضم . يتوالى القىء وتكثر الغازات وتنتفخ المعدة بمغص أو بلا مغص . وهذا الانتفاخ الغازى كثيراً ما يفضى الى الامساك . وذلك لأن السكّر يُخزن فى الامعاء ويختمر . وسكّر القصب أقبل للاختمار من سكّر اللبن . على أن الطعام يندر أن يختمر اذا تُلُوفِىَ الامساك . ولتلافى هذه الأعراض قلِّل السكّر أو امتنع عن اضافته الى مزيج اللبن .

قلة السكر — تكون قلة السكّر أحياناً سبباً لبطء نموّ الطفل . فجرّب اضافة شىء منه الى غذاء الطفل اذ كان الطفل يزداد وزناً وان كانت ظواهره تدل على حسن صحته .

الكازيين — ان صعوبة هضم الكازيين تظهر من المغص ووجود التكتل الأبيض فى البراز . ومتى كان الطفل ممغوصاً يصرخ لمفاجأة الألم ويَرُدّ فخذيه الى نفسهِ ويتوتّر بطنه . وأما القىء فينجم على الغالب من صعوبة هضم الدهن والسكر . والمغص ليس نادراً فى الأطفال . ولكن اذا صحبه ازدياد وزن الطفل على التوالى لا يكن ذا أهمية . ولكن متى كان المغص متفقاً مع التكتل فى البراز ومع الاسهال أحياناً وقلة ازدياد الوزن وجب أن تعدّل كمية الكازيين التى تضاف الى غذاء الطفل الذى يقدم له بالرضاعة . واذا لم نتثبت جيداً من العنصر الذى سبب سوء الهضم للطفل فيحتمل جداً أن نحصل على نتيجة مفيدة اذا شرعنا بتعديل مقدار الكازيين أولاً .

تعديل الكازيين — أبسط الوسائل لذلك زيادة مقدار السائل المخفف . وهناك خمس وسائل أخرى لتعديل الكازيين .

ا — بالاستعاضة منهُ بشرش اللبن ومزيج اللبن .

ب — باعطاء اللبن المكثّف .

ج — باعطاء اللبن الممزوج بالبپسين .

د — باعطاء الأغذية التجارية .

ه — باعطاء سترات الصودا ٠

(١) *مزيج الشرش أو مزيج اللبن والشرش* — يشتمل الشرش على أقل من واحد بالمئة من البروتاييد (مادة زلالية) ولذلك يُعَدُّ الشرش خير الطرق لانقاص الكازيين وكذلك مقدار الدهن ينقص حتى يصبح نحو ربع مقداره ولكن السكّر والأملاح تبقى فى السائل لأنها ذائبة فيه فلا تتغير . ولأجل عمل الشرش أضف ملعقة صغيرة ونصف من خميرة اللبن (المنفحة) الى رطل وربع من اللبن . وضع هذا اللبن فى مكان دافىء الى أن يخثر ويتكتل . فقطّع المتكتل بشوكة وصفّ فى خرقة شاش خفيفة . وأما مزيج الشرش فيشتمل على ما يأتى : —

شرش	$1\frac{1}{2}$	أوقية
قشدة (١٥ بالمئة)	١	»
ماء الجير	$\frac{1}{2}$	»
محلول سكر اللبن	$1\frac{1}{2}$	»
سترات الصودا	٣	قمحات

وهذا المزيج كمزيج اللبن، بيد أنهُ يختلف عنهُ باحتوائهِ على نصف أو ثلث ما يحتويه ذاك من البروتاييد . فاستعمله كما تستعمل ذاك . فاذا بدت لك

أعراض تدل على زيادة الدهن والسكر فأنقصهما كما تنقصهما فى مزيج اللبن. ومتى رأيت الطفل يتحسن تدريجاً أبدل اللبن بمزيج الشرش.

ب — **اللبن المكثف** — بعض الأمهات لا يستطعن أن يصنعن مزيج الشرش الآنف بيانه كالواجب. فلا بأس أن يلجأنَ الى اللبن المكثّف. وطعام نسله شائع الاستعمال لأَنهُ أقرب منالاً. فابتدئ بملعقة شاي منه لعشر ملاعق ماء. ولا حاجة ثمَّت الى ماء الجير أو ماء الشعير. وكازيين اللبن المكثف يُهْضَم بسرعة ولكن ينقصه الدهن اللازم. فلذلك أضف ٥ نقط من زيت كبد الحوت لكل وجبة أو اعط الطفل منه من ١٠ الى ٢٠ نقطة ٣ مرات فى اليوم بعد الأكل.

ج — **اللبن الببتونى أى المضاف اليه ببسين** — اذا لم ينجح مزيج الشرش فاللبن الممزوج بالببسين يفيد أحياناً فى تغذية الطفل. وأما اللبن الببتونى فيستحضر بواسطة (مسحوق فارتشيلد). وذلك بأن تضيف ورقة من هذا المسحوق وخمس قمحات من بيكربونات الصودا الى نحو نصف رطل من اللبن وحرّك هذا المزيج جيداً واجعله نحو ٣٠ دقيقة على حرارة معتدلة ٤٣° س. ثم ارفع الحرارة سريعاً الى درجة الغليان لكي توقف عمل الخمير ثم برّد المزيج. ثم خففه بقدر أو قدرين أو ثلاثة من الماء وأضف قليلاً من القشدة والسكر لأن قوة الهضم عند الطفل الذى يجب أن يغذى اللبن الممزوج بالببسين ضعيفة. وكلما تحسنت صحته وزاد وزنه أنقص مدّة عمل الخمير (مسحوق فارتشيلد) وزد مقدار القشدة والسكر تدريجاً حتى يصبح هذا المزيج مماثلاً لمزيج اللبن أو الى أن يصبح أى مزيج آخر مع اللبن الجديد يؤدى الى الفائدة المبتغاة.

د — استعمال الأغذية التجارية وسترات الصودا .

الأغذية التجارية — يتعذّر أن نضع قاعدة للأغذية التجارية . ولكن متى لم يزدد وزن الطفل فاضافة شيء من هذه الأغذية الى الرضاعة تحسن حالة الطفل على الغالب . كثيرٌ من هذه الأغذية التجارية يمكن أن يضاف الى اللبن . والتعليمات اللازمة توجد مع كل نوع من هذه الأغذية . وقد يحدث أن بعض الأطفال الذين لا يهضمون اللبن الاعتيادى ينمون على التغذية بطعام ألنبورى (Allenbury) أو (Glaxo) وهو لبن مجفّف ويُعدّ للتغذية باضافة الماء اليه . وكثيراً ما يتعفن هذا الطعام فى الصفائح التى يحفظ فيها . فاذا لم تكن له رائحة فكهة كرائحة البسكوت فلا يجوز استعماله . واما « طعام ملن » فهو طعام فيه نوع من الخمير الطبيعى يسمى مُلْت وليس فيه نشاء البتة فاذا مزج بالشرش كان غذاءً نافعاً فى بعض الأحوال اذا لم يتحمل الطفل مزج اللبن بالطعام التجارى . ولكن لا ينبغى استعماله اكثر من اسبوع .

سترات الصودا — يحسن أن تضيف سترات الصودا الى كل هذه الأطعمة على نسبة قمحة لكل أوقية . فهو يُحدِث تكتُّلاً ناعماً فى الطعام يُسهّل هضمه . ويجب أن تضاف أملاح الجير لتساعد خميرة اللبن على تكتيله . وقد تقدم القول ان سترات الصودا يأتلف مع أملاح الجير ويوقف عمل الخمير عند الحد اللازم .

مجمل تنقيحات الأغذية للطفل الذى لا يزداد وزناً — ابحث عما اذا كان طعام الطفل قوياً جدًّا أو ضعيفاً . وعما اذا كان يُعدُّ له نظيفاً كاللازم . وعما اذا كان الطفل يقدر على الرضاعة ويحسن الامتصاص وينال حاجته من السوائل . ثم عالجه حسب مقتضى حاله . فاذا كان الطعام قد أفسد عمل الهضم فابحث ان كان السبب الدهن أو السكر أو الكازيين . فاذا

اقتصرت فى تنقيح محتويات مزيج اللبن على تخفيفـه فقط ولم يساعد هذا التنقيح عمل الهضم فعد الى مزيج الشرش أو الى استعمال اللبن المكثّف اذا كان أبوا الطفل لا يستطيعان اعداد الشرش . فاذا لم ينجح مزيج الشرش فالجأ الى اللبن الممزوج بالببسين . فاذا لم ينجح هذا فجرّب اضافة طعام تجاريّ الى اللبن المخفف أو الشرش . وفى بعض الأحوال السيئة جرّب طعام بنجر أو « طعام ألنبورى الأول » أو طعام « جلاكسو » مدة بضعة أيام . وافحص الطفل جيداً بكل تدقيق لتحقق أحوال حياته . وتذكر أخيراً ان الطفل يتعود الغذاء الجديد فى مدة قصيرة . فلا تتسرع فى ابدال الطعام لأن الطفل لم يتحسن . ويندر جداً ألاّ ينمو الطفل بهذه الوسائل . واذا أمكن فاطلب للطفل مرضعة مأجورة . والأرجح أن اللبن البشرى يحتوى على بعض المواد التى تساعد دم الطفل على أن يستتم خواصّه .

٧ — **المغص والقئ والاسهال والامساك** — جميع هذه الأحوال تنجم دائماً عن الخطأ فى اعداد الغذاء . وقد بحثنا فى طبيعة هذه الأغلاط وكيفية اصلاحها .

المغص وعلاجه — قد بحثنا بحثاً عاماً فى تنقيح الأغذية . وانما لأجل تسكين الألم ضع قطعة قماش صوفى (مثلاً) سخن على البطن وانظر ان كان الطفل دافئاً لأن برد القدمين وخفة الملابس والمهد قد تسبب مغصاً . ومن علاجات المغص الجيدة بيكربونات الصودا : قمحتان منه مع نصف قمحة من مسحوق الزيبق والطباشير صباحاً ومساءً فاذا بقى المغص فأعط الطفل جرعة من زيت الخروع وحدّد مقدار الطعام الذى يأخذه واعطه ملعقةً من الماء الدافئ بين كل وجبة وأخرى .

القئ وعلاجه — يغلب أن اقلال مقدار الطعام وانقاص الدهن

والسكر يمنعان القيء . وماء الجير وبيكربونات الصودا مسكّنان لآلام المعدة

الاسهال — يمكن ان يمنع الاسهال عادة بانقاص قدر الطعام فى بعض وجبات واعطاء جرعة من زيت الخروع . وبعد ذلك اجتهد فى تحقيق عنصر الطعام الذى يسبب الاسهال وقلله أو أزله حسب مقتضى الحال .

تعفن الأمعاء والاسهال الأخضر — تعفن الامعاء يفضى على الغالب الى اخضرار البراز . وقد يصحب الاسهال قيء أيضاً .

الاسباب — ينشأ الاسهال الأخضر من دخول جراثيم فى معدة الطفل، وهى تصل اليه عن طريق اللبن . واللون الأخضر اما ان ينشأ من نقص تأكسد الصفراء أو من تكوّن مادّة ملونة خضراء بسبب المكروبات .

الاعراض — يعترى الطفل اسهال ويكون البراز أخضر ومتكتّلاً وذا رائحة عفنة . وتتسلخ الاليتان من تأثيره وكثيراً ما يصطحب بالقلاع فيتغطى الفم وفتحة الشرج بلطخ بيضاء . واذا أُهمل علاجه ينشأ عنه التهاب معدى معوى ، ويأخذ الطفل فى الضعف ولا يهضم طعامه فيموت جوعاً .

وأما الطفل نفسه فأعطه أولاً قدر ملعقة شاى من زيت الخروع فان تقيأها فانتظر ساعتين وأعطه ملعقة اخرى ، أو نصف قمحة من مسحوق الزيبق والطباشير مع ربع قمحة من السالول كل ثمانى ساعات أو ٠٫٠٢ كالومل . وفى بعض الأحوال الحادّة اغسل الامعاء بأوقيتين أو ثلاث أواقٍ من الماء بحقنة شرجية بواسطة قثطرة . واعلم أن غسل الأمعاء والمعدة خير علاج للتسمم من الطعام . وفى حالة الحقن لا ينبغى أن تكون الحقنة أعلى من ٢٥ سنتيمتراً عن الطفل . بهذه الوسيلة تغسل الأمعاء من المواد المنحلّة التى فيها والمهيّجة لها . ثم امنع الطفل عن الرضاعة نحو عشرين الى ٢٤ ساعة واسقه ماءً دافئاً أو ماءً زلالياً (وهو يحضّر بحلّ بياض بيضة فى نحو رطل

ماء) . وان كان الطفل يتغذى من الرضّاعة الزجاجية فامنع عنه لبن البقرة يومين أو ثلاثة . والماء الدافئ والماء الزلالى يكفيانه . وأما تعذُّر العلاج فيكون من جرّاء اعطاء اللبن للطفل ثانية قبل أن يبرأ . وذلك لأن الأعضاء الهضمية تكون قد تعبت واختلّت أو اعتلّت . فعلى الطبيب أن يكون ماهراً فى الحكم على مدة اراحة هذه الاعضاء ريثما تستطيع بعد ذلك أن تستأنف عمل الهضم .

فى حالة ارضاع الطفل من الثدى استأنف تغذية الطفل وجبات قصيرة كل ٤ ساعات و بعد حين كل ساعتين . واسقهِ كثيراً من الماء بين كل وجبة وأخرى . واطلق له الهواء النقى وأشعّة الشمس .

وفى حالة الارضاع الصناعى استأنف تغذية الطفل بعد ٢٤ أو ٤٨ ساعة . وابدأ بالشرش المهضوم بالببسين وأضف اليه السكر والدهن تدريجاً . أو غذّه باللبن الببسينى المخفف . فى هذه الحوادث يوافق أيضاً أن يغذى الطفل وقتياً بالأطعمة التجارية .

واذا استمر الاسهال بعد زوال الخضرة من البراز فخير دواء له البزموت فصف ٣ قمحات من ساليسيلات البزموت مع ٣ قمحات من مسحوق الطباشير (كربونات الجير) العطرى ٣ مرات فى اليوم لطفل فى السادس من أشهره . وصف ربع هذا المقدار لطفل فى شهرهِ الأول ونصفه لطفل ذى شهرين .

احمرار وتسلخ الاليتين — تُعالج بالنظافة الدقيقة وبازالة الخرَق حالما تتّسخ . وتغسل المقعدة بالماء البارد ثم تُدهن بمحلول كُحُلى مشبَّع من الحامض البكريك مرّة فى اليوم لكى تقسو الخلايا الادمية . وادهن المكان المسلخ دهناً كثيفاً بمرهم الزنك حتى لا يعود يبتل بأى سائل .

القلاع — القلاع مرضٌ فى الفم ينشأ من وساخة حلمة الثدى أو

الرضّاعة الزجاجية أو من طول استعمال «حلمة التسلية» من غير أن تُنظَّف . ونحن نكره استعمالها بتاتاً اذ تكثر بسببها البقع البيضاء فى الفم والخدّين بحيث لا يمكن غسلها . والقلاع ينشأ عن التعفن بسبب ما تقدم ويُعالَج بغسل الفم بعد كل تغذية بالماء بواسطة خرقة ناعمة . ويُغسل فم الطفل وحلقه وشفتاه ولسانه بخرقة مبلّلة بالجليسرين البورقى كل ٣ ساعات .

الامساك وعلاجه — العادة أن يعترى الامساك الأطفال الرُضَّع والواجب تجنُّبهُ . وقلما يعترى الأطفال الذين يتغذون بالرضاعة الصناعية ، وفى هذه الحالة يكون سببه قلة السوائل التى تعطى للطفل أو ضعف الطعام. وفى بعض الأحيان يكفى لعلاجه بعض ملاعق صغيرة من الماء الدافىء ، وكذلك ١٠ نقط من زيت السمك ٣ مرات فى اليوم للأطفال الرُّضَّع .

والأطفال الذين فى الشهر الثالث تفيدهم اضافة قليل من طعام ملين الى غذائهم .

واذا اقتضى الأمر إعطاء دواء فَصِف إما حقنة شرجية حيناً بعد آخر بأوقيتين أو ثلاث أواق من ماء الصابون بواسطة محقنة زجاجية صغيرة أو يعطى نصف ملعقة بن من محلول المانيزيا Hydrated Magnesia . أو ملعقة بن من شراب التين California syrup of figs .

اجعل المربية تدلك بطن الطفل بعد أن تدهن كفيها بالزيت الحلو. وأرشدها أن تفرك البطن فركاً لطيفاً ليمرّ البراز فى القولون . فاذا زاولت هذا التدليك صباحاً ومساءً رأت نتائج حسنة . وأما الامساك الوقتى العارض فيزال بصنع « قمع » صغير من الصابون النقى وبلّه وادخاله الى المستقيم .

الأمراض العمومية — الضعف العام — بعض الأطفال ينقصون وزناً وأحياناً يموتون بالرغم من تنقيح الأطعمة لهم ومعالجتهم . وفى هذه الأحوال

يكون الخلل أساسياً فى تمثيل الطعام . والطبيب يصادف كثيراً من حوادث الهزال التى تبتدىء بالمغص والاضطراب الهضمى . ففى هذه الأحوال يخشى من وجود ضيق فى الفتحة البوابية للمعدة . ويندر أن يكون هذا الضيق عضوياً ، وانما يكون عادة ناجماً عن تضخم وتشنج الفتحة البوابية ، وينتهى أخيراً بتمدد المعدة . وخير علاج لذلك غسل المعدة والتغذية بواسطة الأنبوبة. وهؤلاء الأطفال يحتاجون الى الصبر والعناية الدقيقة فى العلاج والتربية عدة أسابيع . وتفيدهم كثيراً الحمامات الملحية والتدليك والهواء النقى .

وأخيراً يُلجأ الى اجراء عملية وصل المعدة بالامعاء وهى ذات فائدة عظمى. وفى بعض الأحوال يكون سبب المرض الزهرى الوراثى فان كان ذلك فيعالج علاجه.

الزهرى الوراثى — قد تظهر أعراض الزهرى على أثر الولادة أو بعدها بقليل . والأطفال المزهورون يكونون ضامرين ومظهرهم كمظهر الشيوخ . وتظهر الفقاقيع فى أبدانهم ولاسيما فى أقدامهم واخماصها على هيئة طفح نفاطى . وهؤلاء الأطفال يموتون عادة فى غضون أسبوع أو اسبوعين .

والأغلب أن يكون الطفل فى صحة جيدة حتى يبلغ الشهر من العمر. وأما أهم علامات الزهرى فى أشهر الطفولية فهى الزكام والطفح الحلمى ذو اللون النحاسى والبسوريازس فى أخمص القدمين والكفين . والتسلخات المصحوبة بالالتهاب الحاد حول الفم ، وشدة التألم عند الضغط على نهايات العظام الطويله وتشوّه الأظافر .

﴿ معاطب الولادة ﴾

انبعاج الجمجمة — ويحدث فى الولادات العسرة ويعالج بادخال مشبك فى العظم وجذبه الى الخارج .

الكسر والخلع — يحدث أحياناً فى الولادات الصعبة أن ينكسر أحد

أطراف الطفل أو ترقوته . فقد تنكسر الذراع حينما تُجذب بعنف فى تخليصها اذا انبسطت فى المجىء بالمقعدة . وكذلك قد تنكسر الساق فى المجىء بالمقعدة إذا تعسرت الولادة وجُذِبَت الأربية . أما الكسر فيجبر كالعادة . فان كان فى العضد فتربط مع الصدر ، وان كان فى الذراع فتُلَفّ وتربط مع الصدر أيضاً بعد تجبيرها .

وأما الفخذ والساق فيجبران جيداً وتقمّطان مع سائر الجسم .

وأما الخلع فيجب أن يعاد فيه العضو المخلوع الى أصله .

ويجب أن تنزع الأربطـة باكراً ويدلك العضو بعناية ويحرّك حركة مطاوعة لطبيعته .

فالج الذراع — فالج الذراع نادر فى الولادات العسرة . وهو يختلف عن فالج الوجه بكونه كثيراً ما يبقى بحالة دائمة . وبناءً على هذا الاختلاف بحث كوستنر بحثاً دقيقاً فى هذه الأحوال وتوصّل الى هذه النتيجة ، وهى أنه فى أغلب الأحوال يوجد خلعٌ أو كسر فى الكتِف فى نفس الوقت . أما شلل الولادة المعروف باسم « شلل ارب » الذى يتميز بضمور العضلة الدالية وعضلات الصدر والعضلة الكعبرية فيتسبب عادة من تمزق الشبكة العصبية العضدية . ويسهل تشخيصه بملاحظة بقاء اليـد فى حالة كب Pronation وعدم المقدرة على رفع الذراع . وفى هذه الأحوال لا يكون العلاج الاّ بعملية تحرّر فيها الاعصاب وتوصل بعضها ببعض . وكثير من الأحوال يتحسن تدريجاً مع مضى الوقت .

التجمع الدموى تحت سمحاق عظام الرأس — وهو ينشأ من نزف الدم وتجمّعه تحت عظم من عظام القبوة . ويظهر عادة فى اليوم الثانى أو الثالث ولا يتجاوز تداريز العظم. ويمكن تمييزه عن الحدبة الدموية المصلية بأن حدوده

لا تتعدى التداريز المحيطة بالعظم المصاب . وهو عادة يشفى بالامتصاص الاّ اذا تقيح فعندئذ يشقّ ويُعالج معالجة الخرّاجات .

﴿ الأمراض التى تظهر على أثر الولادة ﴾

التهاب الثدى — قد تفرز حلمتا الطفل والطفلة لبناً بعد الولادة . فاذا تركتا بغير علاج انقطع الافراز لنفسه . وأما اذا التجىء الى أى معالجة مثل الدلك وغيره فقد تفضى الحالة الى خرّاج .

العلاج — غطِّ الثدى بطبقة من القطن . فان نشأ خرّاج فافتحه .

اليرقان — كثيراً ما يظهر يرقان فى الطفل فى يومه الثالث . ولا داعىَ لعلاجه بسوى قمحتين من فوصفات الصودا وملاعق صغيرة من الماء الدافئ حيناً بعد آخر . أو بتعاطى ربع قمحة من مسحوق الزيبق والطباشير .

وأما اذا كان اليرقان حادًّا وشديداً فيكون سببهُ مرضٌ خلقى فى الكبد أو مرض مكتسب . أو ضيق فى القناة الصفراوية . فان كان ذلك فالغالب أن ينتهى بالوفاة .

وقد يكون اليرقان حالة من حالات تعفن السرّة ، وهو أقل خطراً مما تقدم .

تعفن حبل السرة — اذا أهْمِل الغيار على الحبل السرى يتطرق اليه التعفن . وقد ينجم عن تعفنه أمران : الأول التهاب الجدار البطنى حول السرة . والثانى تسمم الدم . ويغلب أن يحدث الأمران معاً . وجميع أعراض التسمم العادية تظهر . فيعتل الطفل اعتلالاً خطيراً ويصاب باليرقان وتظهر أنزفة سطحية تحت الجلد، وتأخذ السرة فى النزف . أما النبض والحرارة فيرتفعان .

العلاج — فى حالة التسمم العام لا يمكن عمل شىء . وانما متى كان ثمت التهاب فلغمونى موضعى وجب أن يعالج بالشق والمكمدات الساخنة . ويجب أن

يفصل الطفل عن أمه لأن الجراثيم القاتلة للطفل قد تعدى الأم وتسبب تعفناً نفاسياً .

النزف من حبل السرة — اذا لم يكن النزف من حبل السرة ناشئاً عن ارتخاء الرباط كان خطير الشأن . وهو اما أن يكون مسبباً عن عفونة أو عن الاستعداد الخلقي للنزف . وكلتا الحالتين تفضيان غالباً الى الموت . وقد يصحبه نزف تحت الجلد وظهور الدم فى البراز .

العلاج — اربط الحبل رباطاً ثانياً قريباً للبطن . ولكن قلما يفيد هذا فى ايقاف النزف . ولذلك يلجأ الى الوسيلة الثانية وهى أن تجذب جلد البطن وتُجيز تحته ابرتين طويلتين من جانب الى آخر . ثم اربطهما معاً بخيط عقيم على شكل 8 وشدّه واضغط به الأوعية البطنية واجعل فى رأس كل ابرة فلّينة . بهذه الوسيلة يمكن أن يوقف النزف .

ظهور الدم فى البراز — قد يمكن أن يبتلع الطفل دماً فى أثناء الولادة أو قد يمتصه من حلمة مشققة ثمّ يتغوطه مع الغائط . ولكن يغلب أن يتقيأه . أما ظهور الدم فى البراز الذى لا يتسبب عن ذلك فهو حالة خطرة . وأحياناً يصحبها نزف تحت الجلد ومن حبل السرّة ويغلب أن تكون قاتلة .

والمعلوم الآن أن سببها عادة قرحة معوية وأن ١٠ أو ٢٠ جرام من مصل دم الخيل تُعطى عن طريق الفم أو بحقنة تحت الجلد تفيده . وكذلك نقطة الى ٣ نقط من محلول الادرينالين وقمحة الى ٣ قمحات من لبنات الجير خير علاج .

المعالجة — افحص أولاً الحلمات المشققة فى الأحوال الخطرة ، قلّل الطعام أو امنعه بتاتاً الى أن يمتنع النزف واسقِ الطفل ماءً . وصف ٣ قمحات من لبنات الجير ونقطة من محلول كلورور ادرينالين $\frac{١}{١٠٠٠}$ كل ٤ ساعات .

فان هذا العلاج نجح مراراً . فاذا وجدته ناجماً صفه ٣ مرات فى اليوم مدة اسبوع الى أن يمتنع النزف .

﴿ تشنجات الأطفال ﴾

الاسباب — لا يخفى أن المراكز العصبية فى الأطفال قلما تكون فى حالة ثابتة . وكثيراً ما يبدو اختلالها فى ثورات تشنجية . ولذلك ترى أن التسنين الباكر أو هجمات الحميات العفنة الحادة كالقرمزية أو الجدرى تكون مشفوعة بتشنجات .

قد يُبدى الأطفال الصغار جداً تشنجاً يكون سببه اصابة فى المخ حدثت فى خلال الولادة . أو قد تكون الأصابة مجهولة السبب . وقد يكون السبب الزهرى الوراثى . ويرجح جداً أن الصرع يمكن أن يظهر فى أوائل عهد الطفولية . ولذلك يتعذر جداً تشخيص سبب التشنج . وكثير من الأمراض المرافقة للتشنج لا تقع فى دائرة المولّد أو طبيب أمراض النساء .

وأهم أسباب التشنج غيرما تقدم شرحه سوء الهضم فى الطفل . ولهذا نوجّه اليه النظر توجيهاً خاصاً :

قليل من الأطفال الذين يعيشون على الإرضاع الصناعى يسلمون من اخضرار الغائط فى حين من أحيان هذا الارضاع . وهذا الأخضرار كثيراً ما يكون مقروناً بتشنج الطفل . كما ان التشنج يصحب أيضاً الاسهال الذى يكون فى بعض الأحيان حاداً وعنيفاً جداً . وقلما يصحب الامساك . وكذلك قد يكون التشنج نتيجة اضطراب أو اختلال بمعدى أو طفح قلاعى . ثم ان تلوُّن البراز بالخضرة ناجم عن تعفن فى الامعاء يفضى الى تحويل ما فيها من البراز الى سم ناقع .

وقد لاحظنا مراراً أن حدوث التشنج يتبع استعمال الوسائل غير الصابئة

لإيقاف الاسهال الأخضر. وكذلك يلوح لنا أنهُ يأتى على أثر نضح السوائل من جسم الطفل ولا سيما فى الأحوال التى يتفق فيها القئ والاسهال معاً.

وقد يقاسى الطفل المتشنج بضعة أيام من اخضرار الغائط ومن القئ والإسهال، ومن احمرار المقعدة وما بين الفخذين، ومن الطفح ومن شحوب الخدين وغور العينين وانخفاض اليافوخ المقدّم. ولذلك يرجح جداً أن يكون سبب التشنج تجمع هذه الأسباب. والعلاج الذى لا يبنى على هذا الاعتبار لا يأتى بفائدة.

العلاج — لقد بحثنا ملياً فى الأعراض الآنفة الذكر على أننا نكرر النصح بأنهُ يجب أن يعطى الطفل على كل حال جرعة كافية من زيت الخروع فى الحال. فاذا سكب نحو درهم ونصف درهم من هذا الزيت على كاس ماء دافئ أمكن اعطاؤه للطفل بسهولة عن سطح ذلك الماء مائعاً.

ثم يجب اتخاذ أية الوسائل الناجعة لاستخراج المواد السامة من امعاء الطفل. ومن هذه الوسائل الحقن الشرجية بالماء والصابون أو بالماء والملح العادى. ويمكن أن يحقن الطفل بأوقية أو أوقيتين من السائل من غير أن يحدث أى أذى له. ولا حاجة لقدر أكبر من هذا. وقد يفضى القدر الكبير الى تشقق المعى. واذا كانت ثمّت شبهة بأن المعدة تشتمل على مواد غير مهضومة وجب أن تغسل بمحلول ملحى وأن يسكب الزيت الى المعدة بواسطة الأنبوبة المستعملة خاصة لغسل المعدة. واذا كان جسم الطفل يحتاج الى السوائل أمكن اعطاؤه اياها عن طريق الفم أو عن طريق المستقيم أو بحقنٍ تحت الجلد.

وفى غضون اعداد هذه العلاجات يجب أن يوضع الطفل فى حمام ماء دافئ قد وضع فيه قدر ملعقة صغيرة من مسحوق الخردل. وقد جرب بعضهم

طريقة أتت بفائدة وهى ان يغمس منديل بالماء البارد ويوضع على رأس الطفل ما دام فى الماء الدافئ .

وحين يقتضى الأمر وجوب الحصول على تحسُّن الأعراض حالاً يُلجأ الى المورفين . فيعطى الطفل نقطة من «سائل المورفين» (حسب الفرماكوبيا الانكليزية) كل نصف ساعة على ٣ مرات اذا استمرَّ تحسن الأعراض .

واليك مزيجاً مسكناً يعطى حين تكون الأعراض حادّة :

برومور الصوديوم	١٫٥٠ جم
كلورال	٠٫٧٥ جم
صبغة البلادونا	١٢ نقطة
جليسرين	١٥٫٠٠ جرام
ماء	٤٠٫٠٠ »

فيمكن أن يعطى الطفل من هذا المزيج ملعقة صغيرة كل ساعة حين يكون صاحياً والتشنّج مستمراً . ويعطى منه ٣ ملاعق صغيرة فى اليوم اذا كانت اختلاجات العضلات تنذر باحتمال حدوث التشنج. لا تكُفّ عن مراقبة الطفل حتى تثق أن الهضم عاد الى حاله الطبيعية

﴿ الرمد الصديدى للمولودين حديثاً ﴾

العدوى — لا يخفى أن عيون الأطفال والأحداث جميعاً عرضة للعدوى وللاصابة بالتهاب الملتحمة . ولا يندر أن تكون العدوى بسبب السيلان الذى تكون جراثيمه قد أصابت القناة التناسلية فى مدة الحمل . فاذا كانت العدوى قد حدثت على هذا النحو ظهر الرمد فى اليوم الثانى أو الثالث بعد ولادة الطفل .

وقد يحدث الرمد من العدوى بعـد الولادة بأيام . وفى هذه الحالة لا يكون حادًّا وقد يقتصر على عين واحدة .

الخطر — ان توسع الأطباء والحكيمات فى العلم قد جعل هذا المرض نادر الحدوث . ولكن لم يزل هذا الداء الوبيل يزيد عدد البؤساء الذين يقال انهم ولدوا عمياناً . ومع ذلك لا يغرب عن البال أن العين قد تتلف حتى بعد المعالجة بحسب أفضل الطرق والأساليب . ولذلك فالواجب على المولّد أن يسلّم كل حادثة عَجَز عن علاجها الى زميل مختص بأمراض العيون يعتمد على علمه واختباره .

واذا كانت المعالجة عاجلة وصائبة كان سير المرض فى سبيل الشفاء ناجحاً

سير المرض — لا يندر أن ترى هذا الرمد يبتدئ فى عين واحدة . وقد يستمر فى عين واحدة أيضاً . ولكن الغالب أن يصيب كلتا العينين .

تحمرّ ملتحمتا العينين وتحتقنان ثم تفرزان الصديد . وسبب انتفاخ الجفنين وتورمهما هو تجمُّع الصديد داخل الجفون لدرجة أنه متى انفتح الجفنان اندفق الصديد الى الخارج . وأحياناً يكون الصديد وافراً فيندفع من بين الجفنين بالرغم من انطباقهما . وقد تظهر أخيراً قرحة فى القرنية تنتهى بتلف العين برمّتها . أو قد يتخلف عنها سحابة أو عتامة .

طرق الوقاية — لا ريب فى ان قلة عدد الحوادث ناتجة عن المعالجة الواقية . فالأطباء والحكيمات يقطرون فى العين محلول نترات الفضة على نسبة واحد المئة وذلك على أثر الولادة حالاً اذا كانت الأم مصابة بالسيلان . والقابلات فى مصر يعصرون الليمون فى العين .

وأحسن طريقة لوضع قطرة نترات الفضة هى ان يوضع الطفل فى حجر المرضع ووجهه الى السقف . ثم يسكب قليل من المحلول فى ما بين الأنف

والعين ، ثم يُفتح الجفن بالابهام فيدخل المحلول الى العين . وقد يلوح لعديم الاختبار ان المزيد من محلول الفضة قد يضرّ ، ولكن هذا الظن وهم باطل (لأن الأذى ليس بكثرة المحلول بل بقوّتهِ) .

ويجب ان نغسل المهبل بمحلول برمنجنات البوتاس فى الدور الثانى من أدوار التوليد فى كل والدة نرى أنها كانت تشكو من الافرازات الرحمية . ثم يجب أن نمسح جيداً عينى الطفل على أثر الولادة بخرق نظيفة من القطن الناعم أو بالقطن المبلل بالبوريك قبل أن يفتح الطفل عينيه .

العلاج — العين السليمة : اذا ظهر الرمد فى احدى العينين وجب بذل الجهد فى وقاية العين الأخرى من العدوى . ولذلك يجب الانتباه الخاص الى العين السليمة أولاً . وهو يستلزم أن يُضجع الطفل على جانب العين العليلة وتغسل العين السليمة بالقطن المشبع بماء البوريك الدافئ من طرفها الخارجى الى جهة الأنف . ولا تستعمل قطعة القطن غير مرة واحدة ثم يُقطر فى العين من محلول نترات الفضة ١ ٪ وتكرّر هذه العملية صباحاً ومساءً كل يوم طالما ترى العين الرمداء ملتهبة وفيها آثار الرمد .

ثم غطّ العين تغطية محكمة بعددٍ من رفادات القطن المبتلّة بمحلول البوريك ثم ضع على القطن أى نسيج واقٍ كالنسيج المشمّع الشفاف أو نحوهِ ، واختم هذه الأغطية بغطاءٍ من المشمع أو نحوهِ بحيث يحفظها كلها فى مكانها .

العين الرمداء — وبعد أن تقى العين السليمة من العدوى على نحو ما تقدّم بيانه عد الى معالجة العين الرمداء فاغسلها اولاً بمحلول البوريك وانما أجزْ القطن الذى تغسل بهِ الى جهة معاكسة للعين السليمة أى من جهة الأنف الى الخارج بحيث يبقى الطفل مضجعاً على جانب العين الرمداء . وبهذه الطريقة لا يبقى ثمت خوف من تطرق العدوى الى العين السليمة .

ولا تكتف بغسل خارج العين بل افتح الجفنين بكل عناية ودقة حتى يتسنى لمحلول البوريك أن يدخل الى سطح المقلة وباطن الجفنين ولا سيما الملتحمة. ولا بد أن تكون الملتحمة متورمة جداً ولذلك لا مندوحة من الاستعانة بشخص آخر فى فتح الجفنين حتى تظهر القرنية وتُغْسَل بمَصْر القطنة المشبعة بمحلول البوريك فوقها . والأفضل أن يضَّجع الطفل على الحِجْر بحيث يكون وجهه الى السقف والجسم مائلاً الى جهة العين الرمداء .

ثم درّب الممرضة وعلّمها كيف تغسل العينين وتعصبهما حتى يمكنك ان تعتمد عليها فى اجراء عملية العلاج على هذا النحو. فاذا أمكن اجراء هذا العلاج كل ساعة فى النهار وكل ساعتين فى الليل كان حسناً جداً . ويضاف الى ذلك قطرة محلول نترات الفضة على معدل ٪ ٥٠,١ صباحاً ومساءً فى إبان اشتداد أزمة المرض ومرة فى اليوم أو مرتين من محلول أخفّ متى خفت حدّة المرض.

وفى مدة حدَّة الرمد تُستحسن المكمدات الباردة لأنها تلطف الالتهاب. وانما لا يجوز الاستمرار عليها متى خفت حدَّة المرض .

ولا يخفى أن فى الصديد خطراً عظيماً لإمكان انتشار العدوى منه . ولذلك يجب أن تحذّر جميع من يختلطون بالطفل من هذا الخطر . وكذلك يجب أن تجعل وجه الطفل مائلاً وبعيداً حين فتْح جفنيه لئلاّ يندفع الصديد من بينهما بشدة ويصيب شيءٌ منه عينيك أو عيون آخرين . وكذلك يجب غسل اليدين جيداً بعد عملية غسل العين وتنظيفها . وأما جميع الخرق والقطن التى استعملت فى العمل فيجب احراقها .

٢٢/٤/١٠٠٠/٢

فهرست

(ت)

(ث)

(ج)

(ح)

(ذ)

(ر)

(ز)

(س)

(غ)

(ف)

(ق)

(ن)

(هـ)

كتاب

فن الولادة

تأليف

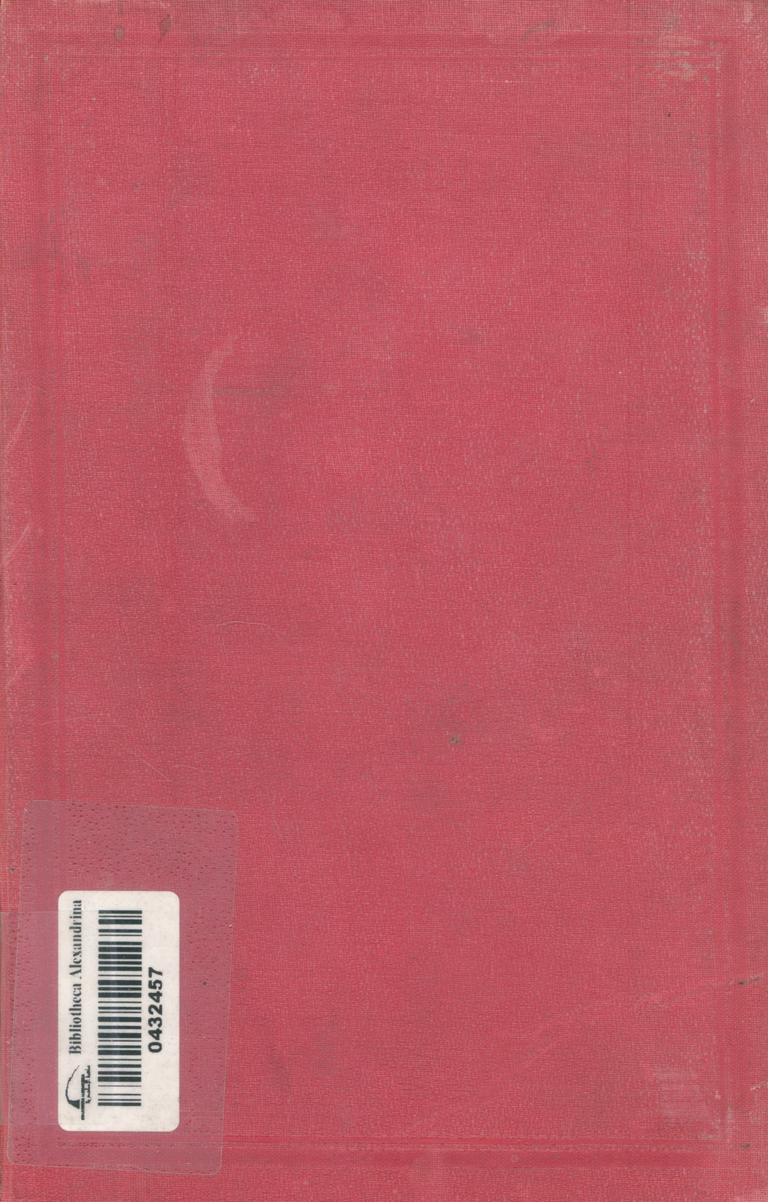
الدكتور نجيب بك محفوظ

استاذ علمى الولادة وأمراض النساء بمدرسة الطب المصرية .

وجرّاح الولادة وأمراض النساء بمستشفى القصر العينى .

« الطبعة الثانية »

مطبعة المعارف بشارع الفجالة بمصر


Bibliotheca Alexandrina
04432457